

DULCE AURÉLIA DE SOUZA FERRAZ

**Experiências de mulheres usuárias de profilaxia pós-exposição sexual
ao HIV (PEP sexual): cenários pessoais e programáticos para a
prevenção da aids**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Silvia Facciolla Paiva

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2018**

DULCE AURÉLIA DE SOUZA FERRAZ

**Experiências de mulheres usuárias de profilaxia pós-exposição sexual
ao HIV (PEP sexual): cenários pessoais e programáticos para a
prevenção da aids**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Silvia Facciolla Paiva

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ferraz, Dulce Aurélia de Souza
Experiências de mulheres usuárias de profilaxia
pós-exposição sexual ao HIV (PEP sexual) : cenários
pessoais e programáticos para a prevenção da aids /
Dulce Aurélia de Souza Ferraz. -- São Paulo, 2018.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Vera Sílvia Facciolla Paiva.

Descritores: 1.Síndrome da imunodeficiência
adquirida/prevenção & controle 2.HIV 3.Profilaxia pós-
exposição 4.Saúde da mulher 5.Vulnerabilidade em
saúde 6.Saúde coletiva 7.Direitos humanos

USP/FM/DBD-401/18

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

“...Jogando meu corpo no mundo
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto...”

(Trecho de "O Mistério do Planeta", de Luiz Galvão e
Moraes Moreira)

Muitos braços, mãos, olhos e sorrisos foram necessários para chegar até aqui. 'Pela lei natural dos encontros', neste processo deixei meu tanto, mas, certamente, recebi muito mais. Por isso, quero agradecer às pessoas que, de tantos modos, foram fundamentais para que eu pudesse realizar este trabalho:

À Prof.^a Dr.^a Vera Paiva, orientadora sempre presente, acadêmica admirável e, acima de tudo, uma mulher de generosidade transbordante. Obrigada pelos ensinamentos teóricos e metodológicos e pela orientação psicossocial. É uma honra ter sido sua orientanda e continuar a ser sua aprendiz.

À equipe do Estudo *Combina!* que, sob coordenação de Alexandre Grangeiro e Márcia Thereza Couto, se dedica com afinco à produção de conhecimento em prol da saúde coletiva e faz do cotidiano da pesquisa um trabalho colaborativo e prazeroso.

Às mulheres que aceitaram participar voluntariamente deste estudo, cedendo seu tempo e compartilhando suas histórias de forma tão generosa.

Às gerências dos serviços de saúde estudados, que permitiram nossa presença em campo e que aceitaram a sempre desafiadora experiência de transformar seu cotidiano de trabalho em 'sítios de estudo'.

Aos membros da banca de qualificação, Prof. Dr. José Ricardo Ayres, Prof.^a Dr.^a Regina Barbosa e Prof.^a Dr.^a Maria Amélia Veras, pela leitura atenta e por suas críticas enriquecedoras, que me permitiram aprimorar o foco deste estudo.

À Gabriela Junqueira Calazans e à Eliana Miura Zucchi, pelas oportunidades de colaboração científica ao longo deste trabalho, pelas revisões de texto, pelo apoio nas demandas burocráticas e pela amizade que faz com que isso tudo possa ser vivido permeado por alegria e bons afetos.

À Laura Murray, pela leitura atenta, por compartilhar de forma generosa o muito que conhece da realidade do trabalho sexual e da luta das prostitutas no Brasil, e pelas dicas interpretativas que derivaram de nossas trocas.

Aos colegas da FIOCRUZ Brasília, em especial a Gerson Penna, Fabiana Damásio e Antonio Silvestre, que viabilizaram o suporte institucional para que eu pudesse cursar o doutorado. Agradeço, ainda, às colegas da Escola FIOCRUZ de Governo e, em particular, do Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e

Transdisciplinaridade em Saúde (LEMTES/EFG/FIOCRUZ), por encararmos juntas os desafios do ensino-aprendizado da saúde coletiva.

Ao meu companheiro Draurio Barreira, pela parceria durante os anos deste trabalho. Não foram poucos os sustos ao longo desta travessia, uns mais doces, outros amaríssimos, e sua presença foi fundamental para que eu pudesse trilhar a estrada até aqui.

Às minhas filhas, Nina e Maya, pela paciência com a mãe doutoranda. Porque a vida é diversidade e complexidade, vamos formando nossa família no cotidiano feito de horas de escrita e banhos em bonecas, aulas intercaladas com mamadas, teoria social alternada com literatura infantil. Obrigada por brincarem comigo, 'minas'.

Aos meus pais, Oraci e Raymundo, às minhas irmãs Angélica e Ane, ao meu cunhado Rogério, aos meus sobrinhos Maíra, José Victor, Rafael, Lara, Leonardo e Luiza e à minha enteada Luiza. Vocês são o que de melhor cabe numa família - apoio, cuidado, amor e um bocado de parafusos soltos.

Às amigas que me iluminam a vida no cerrado e que me seguraram pela mão em vários momentos deste trabalho: Soraya Fleischer, Priscila Rizi, Camila Prando, Denise Serafim e Vânia Camargo. É um privilégio caminhar lado a lado com vocês.

À comunidade do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids - NEPAIDS/USP. Esta tese se inspira grandemente na produção científica deste grupo e em nossas constantes trocas - a lista de referências bibliográficas é prova disso.

Aos muitos e valiosos colegas e amigos da militância na luta contra a aids e pelos direitos humanos, com quem aprendo cotidianamente.

Por fim, agradeço às instituições financiadoras do *Combina!*: Departamento de Prevenção, Vigilância e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	A construção da compreensão sobre a prevenção da aids entre as mulheres no Brasil em quatro décadas de epidemia.....	1
1.1.1	Sobre as mulheres na epidemia e na evolução das respostas programáticas	2
1.1.2	A compreensão da vulnerabilidade das mulheres e da epidemia feminina: desvelando intersecções entre direitos humanos, gênero e sexualidade	5
1.1.3	A compreensão construcionista da vida sexual e suas contribuições para a compreensão da epidemia de aids	9
1.2	Cenário atual da prevenção da aids: paradoxos de um campo em transformação	16
1.2.1	Diversificação das tecnologias de prevenção do HIV: um olhar para as particularidades das mulheres.....	17
1.2.2	Programas de Prevenção Combinada: olhares críticos sobre o otimismo gerado pelos avanços farmacológicos.	22
1.2.3	'Soluções' medicamentosas em uma conjuntura de retração de direitos?	25
1.3	A PEP sexual como 'caso' para (re)pensar a resposta à epidemia feminina na conjuntura brasileira atual	29
1.3.1	Diretrizes para a oferta da PEP sexual no Brasil	31
2.	OBJETIVOS	35
2.1.	Objetivo	35
2.1.1	Objetivos Específicos	35

3.	Métodos	36
3.1	Estudo <i>Combina!</i>	36
3.2	Análise das experiências das mulheres que usaram PEP sexual no âmbito do <i>Combina!</i>	38
3.2.1	Procedimentos de coletas de dados	39
3.2.1.1	Instrumentos de coleta de dados	40
3.2.1.2	Participantes do estudo	43
3.2.2	Procedimentos de análise dos dados.....	44
3.2.2.1	Descrição da oferta da PEP sexual nos serviços	44
3.2.2.2	Experiências de busca e uso da PEP sexual	45
3.2.2.3	Quadro de Análise	47
3.2.3	Aspectos Éticos	51
4.	RESULTADOS	52
4.1	Cenários sexuais cotidianos.....	52
4.1.1	Características sociais das entrevistadas.....	52
4.1.2	Sexualidade e prevenção estruturadas por diferentes cenários na vida cotidiana	58
4.1.2.1	Relacionamentos afetivo-sexuais e reprodução.....	58
4.1.2.2	Usos do preservativo para a prevenção do HIV nos diferentes cenários culturais.....	59
4.1.2.3	Sentir-se protegida em qualquer cenário: a aids como uma realidade distante do cotidiano de (certas) mulheres.....	64
4.1.2.4	'Eu tava realmente muito bêbada': o uso do álcool alterando a dinâmica das cenas.....	66
4.1.2.5	Combinando cuidados: contracepção e prevenção do HIV.....	67

4.1.2.6	Combinando métodos para se prevenir do HIV no cotidiano: testagem, abstinência, escolha de práticas, duchas e chás.....	69
4.1.2.7	'Entrar nessa vida": o estigma do trabalho sexual nas narrativas das entrevistadas.....	72
4.2	Cenas sexuais que levaram à decisão de buscar a PEP	75
4.2.1	Em cena com clientes.....	76
4.2.2	Em cena com parceiros casuais	81
4.2.3	Em cena com homens que vivem com HIV	85
4.3	O cenário programático que estrutura o acesso à PEP sexual	91
4.3.1	Disponibilidade e acessibilidade da PEP sexual.....	91
4.3.1.1	Os serviços que ofertam a PEP sexual participantes do <i>Combina!</i>	91
4.3.1.2	Conhecimento sobre a PEP sexual	93
4.3.1.3	Chegar aos serviços, a tempo	95
4.3.2	Qualidade e aceitabilidade: em cena nos serviços de PEP sexual.....	98
4.3.2.1	O primeiro contato com o serviço: medo e desespero diante do risco de estar infectada pelo HIV	98
4.3.2.2	Fluxos da etapas de atendimento	101
4.3.2.3	Em cena com profissionais de saúde	106
4.3.2.4	Avaliação sobre os serviços	109
4.3.2.5	Vinculação e continuidade do cuidado	111
4.4	Como os sentidos do viver com aids estruturam o cenário do uso cotidiano da PEP.....	113
4.4.1	Segredos em torno da PEP sexual	114
4.4.2	A PEP como antecipação do viver com HIV	117
4.4.3	Efeitos adversos da PEP sexual	120

4.4.4	Adesão, apesar dos pesares	122
4.4.5	Algo mudou após o uso da PEP sexual? A intenção de mudar as próximas cenas	124
5.	DISCUSSÃO	127
5.1	Limites do Estudo	128
5.2	Diversidade do perfil e das experiências das mulheres que buscaram PEP sexual e a complexidade da prevenção	131
5.3	Scripts de gênero em cena: apenas 'certas' mulheres merecem cuidado?.....	137
5.4	Disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de PEP sexual nas experiências das entrevistadas	145
5.4.1	Disponibilidade e acessibilidade	145
5.4.2	Aceitabilidade e qualidade	149
5.5	O cotidiano com a PEP	151
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
7.	ANEXOS.....	165
	Anexo 1: Roteiro de observação dos serviços que ofertam PEP sexual.....	166
	Anexo 2: Roteiro de entrevista com usuárias de PEP sexual	168
	Anexo 3: Parecer de Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CAPPesq.....	173
	Anexo 4: Parecer de Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo– CAPPesq para o Estudo <i>Combina!</i>	174
	Anexo 5: Parecer de Aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP para o Estudo <i>Combina!</i>	175
	Anexo 6: Declaração de participação na pesquisa (gerente do serviço de saúde).....	181

Anexo 7: Autorização para observação do serviço de PEP.....	182
Anexo 8: Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para entrevistas.....	183
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
9. APÊNDICES	201
Apêndice 1: Versão Ampliada e Destacável da Tabela 3: Caracterização das mulheres entrevistadas.....	202

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV - Antirretrovirais

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

CV - Carga Viral

DIAHV - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV - Papiloma Vírus Humano

HSH - Homens que fazem Sexo com Homens

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS - Ministério da Saúde

MVHA - Mulheres Vivendo com HIV/Aids

nPEP - Non-Occupational Post-Exposure Prophylaxis

PEP - Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

PEP sexual - Profilaxia Pós-Exposição ao HIV em relações sexuais consentidas

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

PVHA - Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SAE - Serviços Especializados em HIV/Aids

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDF/FTC - tenofovir e emicitrabina

TasP - *Treatment as Prevention* (Tratamento como Prevenção)

UPA - Unidade de Pronto-Atendimento

V&DH - Quadro Teórico da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabelas

Tabela 1: Classificação dos três grupos mais atendidos nos serviços de PEP do Estudo <i>Combina!</i>	43
Tabela 2: Pessoas entrevistadas para o Estudo <i>Combina!</i> , por sexo.....	44
Tabela 3: Caracterização das mulheres entrevistadas.....	57
Tabela 4: Características dos serviços participantes do estudo <i>Combina!</i>	92

Quadros

Quadro 1: Roteiro para leitura densa das entrevistas.....	47
---	----

Figuras

Figura 1: Elementos mediadores nos cenários programáticos de busca da PEP sexual..	98
Figura 2: Esquema das etapas de atendimento da PEP sexual nos serviços participantes do estudo <i>Combina!</i>	103

RESUMO

Ferraz DAS. *Experiências de mulheres usuárias de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP sexual): cenários pessoais e programáticos para a prevenção da aids* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

INTRODUÇÃO: No Brasil, mais de 13700 novos casos de aids são registrados em mulheres anualmente, principalmente por transmissão sexual. Na última década, se ampliaram as opções de métodos de prevenção do HIV disponíveis no país baseados no uso profilático de medicamentos antirretrovirais (ARV) por pessoas expostas ao vírus. Questiona-se como dimensões psicossociais, culturais e programáticas da prevenção do HIV interferirão no uso dessas tecnologias. Esta tese busca compreender o processo de decisão e a experiência de uso da profilaxia pós-exposição (PEP sexual) ao HIV por mulheres que buscaram este método preventivo em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). **MÉTODOS:** Os dados foram coletados como parte de um ensaio clínico pragmático intitulado Estudo *Combina!*, realizado em serviços de saúde especializados em HIV/Aids localizados em São Paulo, Fortaleza, Ribeirão Preto, Porto Alegre e Curitiba. Foram realizadas observações diretas da oferta da PEP sexual e entrevistas semiestruturadas com mulheres que buscaram a profilaxia nos serviços. A análise dos dados foi guiada por princípios hermenêutico-dialéticos, à luz das teorias construcionistas da sexualidade articuladas ao quadro conceitual da vulnerabilidade e dos direitos humanos (V&DH). As unidades de análise foram as cenas sexuais e as dinâmicas do Cuidado nos serviços de saúde. **RESULTADOS:** Dezesete mulheres aceitaram participar voluntariamente do estudo. As entrevistadas tinham experiência prévia de uso de preservativo e apenas duas não haviam se protegido nas cenas sexuais que as levaram à PEP. Para as demais, a busca resultou de falha do preservativo em relações que aconteceram em cenários de sexo casual, de trabalho sexual ou de relações sorodiferentes. Nos dois primeiros cenários, a falta intimidade e a indiferença dos parceiros frente ao acidente contribuíram para a decisão das mulheres de buscarem a PEP e contrastaram com a intimidade e a solidariedade que caracterizaram as interações nos cenários de sorodiferença. Quatro entrevistadas conheciam a profilaxia antes do acidente, informadas principalmente por pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), serviços de saúde, profissionais do sexo e internet. Conhecer e usar PEP sexual não resultou na intenção de substituir o uso do preservativo pela profilaxia. As entrevistadas valorizaram a possibilidade de acessar um método eficaz em serviços públicos de saúde, onde se sentiram acolhidas e respeitadas. Aderir ao tratamento profilático exigiu superar efeitos adversos e consequências psicossociais de tomar os ARV, sobretudo o medo de ser discriminada como uma PVHA, que fez com que as entrevistadas mantivessem o uso da PEP sexual em segredo. **CONCLUSÕES:** Nos diferentes cenários, as cenas sexuais que levaram à PEP foram atravessadas por scripts de gênero e estigmas da sexualidade, que estruturaram a dinâmica das negociações sexuais e as reações das entrevistadas e de seus parceiros frente aos acidentes com o preservativo. O estigma da aids é expressivo nesses cenários que estruturam as experiências de uso da PEP sexual, contribuindo para mantê-la pouco conhecida e dificultando seu uso no cotidiano. Sugerem-se investimentos na divulgação da disponibilidade da PEP sexual no SUS, no aprimoramento da qualificação dos serviços com base no referencial do Cuidado e em intervenções estruturais para mitigar o estigma da aids e a desigualdade de gênero, a fim de promover e proteger os direitos humanos das mulheres, cuja violação produz cenários de maior vulnerabilidade para o HIV.

Descritores: síndrome da imunodeficiência adquirida/prevenção & controle; HIV; profilaxia pós-exposição; saúde da mulher; vulnerabilidade em saúde; saúde coletiva; direitos humanos.

ABSTRACT

Ferraz DAS. *Experiences of women using post-exposure prophylaxis for HIV after sexual exposure (nPEP): personal and programmatic scenarios for AIDS prevention* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

INTRODUCTION: In Brazil, more than 13,700 new cases of AIDS are registered among women annually, due mainly to sexual transmission. In the last decade, the availability of HIV prevention methods based on the prophylactic use of antiretroviral drugs (ARVs) by people exposed to the virus have increased in the country. Questions are raised regarding how psychosocial, cultural and programmatic dimensions of HIV prevention will interfere in the use of these technologies. This thesis aims to understand the decision making process and the experience of using post-exposure prophylaxis after sexual exposure to HIV (nPEP) by women who sought this preventive method in the Brazilian Health System (SUS). **METHODS:** Data were collected as part of a pragmatic clinical trial entitled *Combina!* Study, conducted in HIV/AIDS specialized health facilities located in São Paulo, Porto Alegre, Fortaleza, Ribeirão Preto and Curitiba. Direct observations of nPEP services and semi-structured interviews with women seeking the prophylaxis in the facilities were performed. Data analysis was guided by hermeneutic-dialectical principles, oriented by social constructionism theories of sexuality, articulated to the conceptual framework of vulnerability and human rights (V&DH). The units of analysis were the sexual scenes and the dynamics of Care in the health services. **RESULTS:** Seventeen women voluntarily agreed to participate in the study. Interviewees had previous experience with condoms, and only two had not protected themselves in the sexual scenes that led them to nPEP. For the others, the search resulted from condom failure during sexual intercourses that happened in scenarios of casual sex, sex work or serodifferent relationships. In the first two scenarios, the lack of intimacy with the partners and their indifference to the accident contributed to the women's decision to seek nPEP, contrasting with the intimacy and solidarity that characterized the interactions in the serodifference scenarios. Four interviewees were aware of the prophylaxis prior to the accident, mainly informed by people living with HIV/AIDS (PLWHA), health services, sex workers and the Internet. Knowing and using nPEP did not result in the intention to replace condom use with the prophylaxis. The interviewees valued the possibility of accessing an effective prevention method in public health services, where they felt welcomed and respected. Adhering to nPEP required overcoming adverse effects and psychosocial consequences of taking ARVs, especially the fear of being discriminated against as a PLWHA, which made the interviewees keep the use of nPEP in secret. **CONCLUSIONS:** In the different scenarios, the sexual scenes that led to the nPEP were crossed by gender scripts and stigmas of sexuality, which structured the sexual negotiation dynamics and the reactions of the interviewees and of their partners towards the accidents with the condom. The stigma of AIDS is expressive in these scenarios that structure the experiences of using nPEP, contributing to keep it little known and making its use difficult in daily life. We suggest investments to be made in publicizing the availability of nPEP in the SUS, in improving qualification of nPEP services based on the framework of Care and in structural interventions to mitigate AIDS stigma and gender inequality in order to promote and protect women's human rights, which violation produces scenarios of higher vulnerability to HIV.

Descriptors: acquired immunodeficiency syndrome/prevention & control; HIV; post-exposure prophylaxis; women's health; health vulnerability; collective health; human rights.

1. Introdução

1.1. A construção da compreensão sobre a prevenção da aids entre as mulheres no Brasil em quatro décadas de epidemia

A aids é um dos maiores desafios já enfrentados pela saúde pública. No Brasil, as respostas a este desafio mobilizaram intensamente a sociedade civil, a academia e os governos que, em parceria, formularam análises e construíram ações que, aliando saúde pública e direitos humanos, foram internacionalmente reconhecidas como bem-sucedidas.

A epidemia entre as mulheres ganhou atenção no Brasil a partir do final dos anos 1980, quando o crescimento de casos neste grupo começou a se acelerar. Desde então, tem sido construído no país um importante corpo de conhecimentos sobre o tema, resultado da combinação das experiências de luta contra a epidemia e em prol da saúde das mulheres, que hoje acumula ferramentas teóricas tanto para a interpretação dos quadros epidemiológicos como para a proposição de ações de prevenção e cuidado.

Na conjuntura atual, entretanto, recua-se na proteção de direitos em geral e na promoção do direito à saúde em particular, ao mesmo tempo em que se expandem as opções de tecnologias preventivas, especialmente aquelas baseadas no uso de antirretrovirais (ARV) (Seffner e Parker, 2016; Ferraz e Paiva, 2015). Novas questões desafiam as respostas à aids, inclusive sobre os modos como essas tecnologias serão utilizadas pelas mulheres (Geary e Bukusi, 2014; Kippax e Stephenson, 2012).

Provocadas por esta conjuntura e amparadas nos referenciais que contribuíram para a construção da compreensão e produção das respostas à epidemia entre as mulheres no Brasil, nesta tese nos propomos a investigar a experiência de mulheres que utilizaram a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP sexual), que é a tecnologia preventiva baseada no uso de antirretrovirais disponível há mais tempo no país.

1.1.1. Sobre as mulheres na epidemia e na evolução das respostas programáticas

Os primeiros casos de aids no Brasil foram registrados no início dos anos 1980 e, desde então, a epidemia brasileira expressa a mediação de programas que marcam sua resposta social. Nos últimos cinco anos, em média, 40 mil novos casos foram registrados anualmente. Até junho de 2017, foram notificados 882.810 casos no país, sendo 306.444 deles em mulheres (Brasil, 2017).

No início da epidemia, homens com práticas homossexuais, usuários de drogas e hemofílicos foram os grupos mais fortemente afetados (Dourado et al, 2006). As primeiras respostas públicas à aids exploraram esse dado de forma sensacionalista, disseminando a ideia de “praga gay” e promovendo a desqualificação da liberdade sexual e do uso de drogas que haviam caracterizado os movimentos de contracultura dos anos 1970. Com isso, contribuíram para criar uma simbologia de associação da doença a certos grupos populacionais, então chamados grupos de risco (Calazans, 2018; Galvão, 2000). Além de estigmatizar homossexuais e usuários de drogas, essa simbologia dissociava a aids das mulheres, mesmo com a identificação do primeiro caso neste grupo tendo acontecido ainda em 1982 (Brasil, 2017).

A partir do início da década de 1990, o crescimento de casos de aids entre mulheres no Brasil se acelerou, configurando o que foi chamado de tendência de feminização da epidemia (Brito et al, 2000). Além do rápido crescimento da incidência da doença entre elas, indicavam a importância desta tendência o aumento progressivo da proporção de mulheres no conjunto dos novos casos e a redução da razão de sexo no total de casos de aids notificados (Dourado et al, 2006). Como consequência da feminização, aumentavam também os casos em bebês, infectados por transmissão vertical. À tendência de feminização se combinavam o aumento de casos por transmissão heterossexual, a disseminação dos casos para o interior do país e o aumento de casos entre pessoas de menor escolaridade (Brito et al, 2000). Tais tendências evidenciavam que os referenciais analíticos aplicados nos primeiros anos da epidemia, associados a estigmas sobre a sexualidade e gênero, haviam induzido a avaliações incorretas dos rumos que ela tomava, ignorando a interação sinérgica entre desigualdades sociais e exposição ao HIV (Barbosa, 2003).

Embora já existissem iniciativas de prevenção voltadas para as mulheres no final dos anos 1980, foi nas décadas de 1990 e 2000 que os esforços nessa direção se intensificaram (Barbosa, 2003). O Governo Federal, através do Ministério da Saúde, financiou projetos de prevenção a serem desenvolvidos por organizações não governamentais, como parte do modelo adotado para a implantação de ações de prevenção para outros grupos, com apoio de empréstimos do Banco Mundial (Galvão, 2000). Investiu, também, na implementação de ações de prevenção nos serviços de saúde, inicialmente focados na prevenção da transmissão vertical, a exemplo do Projeto Nascer (Brasil, 2003), para, em seguida, assumir a implantação da prevenção nos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) como a principal estratégia para a divulgação da prevenção para as mulheres (Ferraz, 2009). Em 2007, lançou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e Outras DST que, em parceria com outros órgãos estratégicos, como a Secretaria de Políticas para as Mulheres, propunha ações para enfrentamento das desigualdades de gênero, reconhecidas como a base das vulnerabilidades das mulheres ao HIV (Brasil, 2010a). O Plano se diferenciava das ações anteriores por se configurar em um conjunto de ações intersetoriais e por integrar ações para diversos segmentos de mulheres, antes abordados em ações fragmentadas.

Apesar das tendências epidemiológicas dos anos 1990, a aids no Brasil manteve ao longo das décadas características de uma epidemia concentrada. Enquanto a prevalência na chamada população geral em nível nacional é estimada em 0,6% (Brasil, 2017), ela chega a 14,2% entre gays (Kerr et al, 2018), 4,9% entre mulheres trabalhadoras sexuais (Szwarcwald et al, 2011) e 5% entre pessoas que usam drogas (Bastos, 2009). Não há estimativas nacionais de prevalência entre mulheres transexuais e travestis, mas dados locais sugerem uma situação alarmante: 31,2% de prevalência nesses grupos na região metropolitana do Rio de Janeiro (Grinsztejn et al, 2017) e 26% na cidade de São Paulo (Veras et al, 2015).

Análises de incidência mais recentes mostram que o momento atual é de recrudescimento da epidemia, sendo 2011 o ano em que foi registrado o maior número de novos casos de aids desde a virada do século. O aumento de casos novos se dá especialmente entre homens gays, jovens e nos grandes centros urbanos (Grangeiro et al, 2015). Os casos entre mulheres permanecem estáveis, porém em patamares altos (Villela e Barbosa, 2015), com média de 13700 novos casos por ano nos últimos cinco

anos. Em 2016, 97,1% dos novos casos em mulheres foram atribuídos à transmissão heterossexual. Entre os homens observa-se crescimento acelerado do número de casos atribuídos à transmissão homo/bissexual, mas a transmissão heterossexual ainda é predominante (Brasil, 2017).

A alta prevalência do HIV em segmentos específicos da população tem resultado em recomendações programáticas de focalização das ações de prevenção nesses grupos. Referindo-se a eles como populações-chave, o Ministério da Saúde atualmente define como prioritários: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e profissionais do sexo (Brasil, 2017a). A esta classificação, segue-se a de populações prioritárias, definidas como "segmentos populacionais que também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids que a média da população" (Brasil, 2017a, p.28) e que contemplam: população de adolescentes e jovens; população negra; população indígena; e população em situação de rua.

É notável que, embora mulheres transexuais e profissionais do sexo estejam elencadas entre as populações-chave, a população feminina como um todo não consta entre os grupos prioritários, apesar do amplo conhecimento acumulado sobre as condições de vulnerabilidade das mulheres à epidemia em contextos marcados por iniquidades de gênero, como é o caso do Brasil. Os estudos com mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) mostram que aproximadamente 90% dos casos de aids resultantes de transmissão sexual acontecem em um conjunto heterogêneo de mulheres, cujas trajetórias não incluem o trabalho sexual (Villela e Barbosa, 2015). Portanto, ainda que seja importante priorizar grupos com base em dados de prevalência e incidência, é preciso ter em vista a que a frequência de um evento de saúde em um dado grupo não é o único indicador importante a ser considerado na definição de respostas programáticas (Santos, 2016). No documento de referência para a prevenção mais recentemente publicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017a), o próprio órgão gestor da política nacional de aids reconhece os limites das análises baseadas unicamente no risco, razão pela qual justifica adotar o referencial da vulnerabilidade. Assim, afirma que aspectos da organização da vida social no Brasil - como o racismo institucional e as desigualdades econômicas e de gênero - "são fatores que permeiam os comportamentos e práticas de exposição dos indivíduos à infecção pelo HIV" (Brasil, 2017a, p.22).

Diante disso, é pertinente questionar como se interpreta a vulnerabilidade social, diferenciando-a da análise fatorial e estatística baseada em determinantes nomeados sociais, a fim de compreender que tipo de resposta esses diferentes referenciais analíticos podem gerar. Em outras palavras, é preciso atenção para não substituir a palavra risco pela palavra vulnerabilidade e manter o mesmo modo de interpretar os desafios da resposta e de suas prioridades, sem agregar outros saberes à epidemiologia do risco. As análises baseadas nos direitos humanos e suas abordagens em saúde, no interior das quais se desenvolveu o conceito de vulnerabilidade para o campo da aids e que hoje são utilizadas para cuidar e prevenir vários agravos, foram desenvolvidas justamente para compreender a epidemia para além das análises de risco.

1.1.2. A compreensão da vulnerabilidade das mulheres e da epidemia feminina: desvelando intersecções entre direitos humanos, gênero e sexualidade

Nas análises de vulnerabilidades, as interpretações de contexto são também baseadas em análises sociopolíticas, culturais e psicossociais com base nos princípios dos direitos humanos (Ayres et al, 2012). Partindo do reconhecimento de que essas análises são as mais produtivas em antecipar os rumos da epidemia, já que a análise social que descreve como direitos são violados ou negligenciados antecipa os números que a epidemiologia do risco mostrará como casos – como se viu nas duas primeiras décadas entre as mulheres no Brasil e como estamos vendo nos últimos anos com a epidemia entre gays (Kerr et al, 2018) e jovens -, exploraremos neste item como essas abordagens contribuíram para a compreensão da epidemia entre as mulheres.

As respostas à feminização da aids no Brasil incluíram uma intensa produção de conhecimento sobre a saúde das mulheres e sobre a produção cultural dos sentidos da estigmatização dos afetados pela epidemia, além de ações de prevenção pensadas especificamente para elas. Coincidindo com o período da transição democrática, quando "movimentos feministas e da diversidade sexual e de gênero se tornaram referências fundamentais na esfera pública, expandindo a compreensão do horizonte normativo dos direitos humanos e favorecendo a emergência de novos sujeitos políticos e de direitos" (Sívori et al, 2017, p.172), as análises sobre a tendência de feminização foram

influenciadas por importantes movimentos que aconteceram no campo da saúde pública brasileira naquele momento histórico.

A luta travada pelo movimento da reforma sanitária nas décadas de 1970 e 1980 resultou no reconhecimento da saúde como um direito universal na Constituição Federal de 1988. No final da década de oitenta, o Sistema Único de Saúde (SUS) começou a ser operacionalizado, orientado pelos princípios de integralidade, equidade e participação social.

No campo da saúde da mulher, o período foi marcado pela ação do movimento feminista em defesa da autonomia e integridade dos corpos das mulheres (Rocha et al, 2013). Organizaram-se grupos da sociedade civil que lutavam pela saúde como uma questão central para os direitos das mulheres, como o SOS Corpo, em Recife, e o Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade, em São Paulo, ambos fundados em 1981. A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos surgiria em 1991 como articuladora de grupos e organizações feministas que atuavam no campo da saúde. A perspectiva dos direitos sexuais e direitos reprodutivos se consolidaria ao longo daquela década como referencial importante para a luta política no âmbito da saúde das mulheres, especialmente a partir da sua legitimação nos documentos finais da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e da IV Conferência Internacional sobre a Mulher, Igualdade, Desenvolvimento e Paz, realizada em 1995 em Pequim (Rocha et al, 2013; Corrêa e Petchesky, 1996).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde, marcou a inclusão da perspectiva de gênero nas políticas públicas de saúde do Brasil (Correa, 1993). Formulado com a participação do movimento feminista (Osis, 1998), o PAISM enfatizava a integralidade do cuidado como princípio orientador da atenção à saúde da mulher, reconhecendo a diversidade de ciclos de vida das mulheres e dos problemas de saúde que as afetavam, superando as abordagens limitadas aos cuidados materno-infantis que prevaleciam até então. O PAISM destacava, ainda, a necessidade de mudança de postura das equipes de saúde frente às necessidades de saúde das mulheres e estabelecia como objetivo práticas educativas em saúde que favorecessem às mulheres apropriarem-se de conhecimentos que lhes permitissem maior controle sobre a sua saúde (Brasil, 1984).

No campo da aids, no final dos anos 1980 e início dos 1990 expandiam-se as iniciativas governamentais e não governamentais de enfrentamento da epidemia, ao mesmo tempo em que importantes esforços interdisciplinares eram envidados para desenvolver ferramentas conceituais e metodológicas capazes de lidar com sua complexidade e avançar na compreensão dos seus determinantes, superando as abordagens reducionistas que reforçavam a estigmatização de grupos mais afetados (Barbosa, 2003). A articulação teórico-prática entre saúde e direitos humanos foi uma característica fundamental deste processo.

Jonathan Mann, um dos pioneiros no desenvolvimento das abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos (Parker, 2013), trouxe a noção de vulnerabilidade do campo do advocacy pelos direitos humanos para o campo da aids, introduzindo-a como um recurso analítico para interpretar a epidemia (Mann et al, 1993; Calazans, 2018). No Brasil, esta proposição analítica ganhou centralidade acadêmica e política (Ayres et al., 2012), encontrando um campo fértil para seu aprofundamento. Além da intensa mobilização social pelos direitos civis, havia no país um cenário de acúmulo de conhecimento interdisciplinar nos campos da saúde coletiva, da psicologia social e da educação popular (Ayres et al, 2012; Paiva, 2013; Calazans, 2018). Este cenário contribuiu para que, de modo singular no âmbito da experiência brasileira de construção de respostas à aids e paralelamente à ação política que construiu SUS, fosse desenvolvido o aqui chamado quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH). Este quadro postula que a exposição das pessoas à infecção pelo HIV e ao adoecimento e morte por aids não é resultante apenas de características individuais, mas também de desigualdades sociais que tornam certos grupos mais suscetíveis que outros, assim como da maior ou menor disponibilidade de recursos para responder à epidemia em cada contexto. Propõe, assim, três dimensões que funcionam como guias para o olhar analítico sobre a epidemia e para a compreensão dos processos saúde-doença em geral: a individual, a social e a programática. Ainda que analiticamente distintas, são dimensões compreendidas como inextrincavelmente ligadas, de modo que o que se busca nas análises de vulnerabilidade é construir "totalidades compreensivas, nas quais os significados dos diversos aspectos individuais, sociais e programáticos implicados na exposição à infecção e adoecimento sejam sempre mutuamente referidos" (Ayres et al, 2012, p.13).

As análises que consideramos mais produtivas acerca do fenômeno do crescimento da aids entre as mulheres foram, então, orientadas pelos referenciais que embasaram a resposta brasileira à aids e, ao mesmo tempo, pelo acúmulo do movimento feminista na formulação de respostas para problemas de saúde que envolviam interações entre gênero, sexualidade e direitos. A aids era, assim, analisada não como um fenômeno isolado, mas como um novo desafio que vinha compor o já complexo cenário de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, marcado pela convivência entre avanços - como o aumento do acesso a contraceptivos - e persistentes precariedades - como a esterilização indiscriminada, o aborto clandestino e a alta mortalidade materna (Barbosa, 2003). Mais amplamente, era um tema a ser analisado considerando as contradições entre os avanços na posição social das mulheres, com sua maior inserção no mercado de trabalho formal e acesso à educação, e a persistência de desigualdades baseadas no gênero, evidenciadas em dados como as altas taxas de violência contra as mulheres e menor renda delas em relação aos homens (Barbosa et al, 1995).

Com efeito, as pesquisas realizadas a partir desses referenciais mostraram que o principal desafio para a prevenção do HIV entre as mulheres eram as desigualdades produzidas pela organização das relações de gênero (Santos, 2016; Rocha et al 2013; Arilha, 2002; Barbosa, 1999; Paiva, 1999; Barbosa et al, 1995). Em um contexto em que as normas de gênero que socializavam - e ainda socializam - as mulheres para roteiros sexuais de passividade e fortemente vinculados à reprodução e os homens para o roteiros de 'predadores sexuais' (Paiva, 1999), a exposição das mulheres à infecção está determinada, em grande medida, por limitações estruturais das condições de negociação sexual, inclusive para o uso do preservativo e sobretudo nas relações estáveis (Paiva, 1999; Barbosa et al 1995).

Ao contrário do estereótipo que associava a aids à promiscuidade sexual, as análises do perfil sócio-demográfico das mulheres vivendo com HIV naquele momento mostravam que a maior parte delas havia se infectado com parceiros sexuais estáveis e tinham tido poucos parceiros na vida, em padrão similar ao encontrado na população geral de mulheres (Santos et al, 2009; Barbosa, 2003). Indicavam também a intersecção com outros eixos de desigualdades, mostrando a predominância de mulheres com baixa escolaridade e condições precárias de emprego (ou desempregadas) entre aquelas vivendo com HIV (Santos et al, 2009; Barbosa, 2003)

Compreendia-se, assim, que assimetria de gênero estava na base da dificuldade das mulheres de negociarem os termos das trocas que estabeleciam nas suas relações de intimidade. Se haviam avançado nas duas décadas anteriores (1960-1970), quando conquistaram maior controle da reprodução por meio dos contraceptivos, agora para evitar a aids estavam, na intimidade da cena sexual, abertamente dependentes dos homens que deveriam usar camisinha. A negociação sexual e a consequente adoção ou não de práticas sexuais mais seguras precisavam, portanto, ser pensadas não de uma perspectiva meramente comportamental e individual, mas como inserida em uma equação complexa de sentidos e relações de poder (Barbosa et al 1995; Paiva, 1999). No âmbito das relações estáveis, por exemplo, implicava discutir o sexo não apenas pelo imaginário do prazer e do romance, mas também como ato que expressa outros acordos de manutenção de um casal, frente aos quais a tentativa de proteger-se do HIV poderia resultar na emergência de outros riscos - de violência, de abandono, de acusações de base moral. Demandava pensar o sexo como expressivo da socialização ou como trabalho das mulheres, e pensar nos modos como acordos poderiam ser feitos nesses diferentes contextos. Exigia, ainda, reconhecer o sexo como eventual roteiro para coerção e violência (Barbosa et al, 1995; Barbosa, 2003).

Em síntese, a análise das relações de poder na sociedade que, historicamente, produziram a subordinação e a desumanização das mulheres, excluindo-as como portadoras de cidadania e direitos, mostrava que a prevenção do HIV para este grupo não poderia ser resumida às medidas comportamentais e individuais - como recomendações de uso do preservativo ou de estabelecimento de acordos de fidelidade mútua. O enfrentamento da feminização da epidemia exigia igualmente medidas que permitissem avançar em direção à equidade de gênero, dando continuidade às lutas pela cidadania plena e pelos direitos das mulheres. Exigia reconhecer, como fizera o PAISM, que as mulheres não compunham uma única categoria sociológica ou tipo epidemiológico e que, portanto, era preciso pensar como oferecer estratégias de prevenção que respondessem a essa diversidade (sem assumir uma natureza única a definir seu lugar social) e aos variados cenários das suas interações sexuais (socialmente construídos).

1.1.3. A compreensão construcionista da vida sexual e suas contribuições para interpretar a epidemia de aids

O senso comum e as práticas profissionais que inicialmente foram convocadas para responder aos desafios da prevenção da transmissão sexual do HIV eram expressões de discursos essencialistas sobre sexualidade; compartilhavam o essencialismo tanto os que operacionalizavam visões moralizadoras do sexo da tradição judaico-cristã, transformados em senso comum, como os discursos técnico-científicos da sexologia dominantes no século XX (Paiva, 2008). A sexologia ensinada nas universidades, cujos autores centrais seguem sendo Freud, Master & Johnsons e Kinsey, foi resultado do intenso esforço taxonômico que tomou para si, ao mesmo tempo, a tarefa de definir as características essenciais de homens e mulheres e a de catalogar e hierarquizar as práticas sexuais para definir o que era normal e o que era anormal (Moore, 1997). Na Europa do século XIX, essas classificações responderam (e, em certa medida, respondem até hoje), à demanda sociocultural por uma organização da vida familiar e social para o qual a definição da heterossexualidade compulsória e da subordinação das mulheres foi fundamental (Weeks, 2000, Moore, 1997; Vance, 1991; Rubin, 1984).

A abordagem construcionista da sexualidade, que se desenvolveu articulada ao fortalecimento dos movimentos feminista e homossexual e que se mostrou mais produtiva no enfrentamento da aids, só se consolidou na segunda década da epidemia. Esta perspectiva sobre a sexualidade fundou-se no questionamento, entre outros aspectos, da reprodução de ordens sociais fundadas em desigualdades baseadas na subalternidade das mulheres e na discriminação das sexualidades não normativas¹. Discutia-se que a construção dos sentidos para o sexo e o gênero estava interconectada com outras dimensões da organização social (Weeks, 2000) e, portanto, as investigações e a compreensão da sexualidade deveriam buscar, justamente, identificar os sentidos das práticas sexuais em cada contexto específico e como esses sentidos foram construídos

¹ O construcionismo social é uma corrente teórica ampla, cujas formulações não se restringem ao campo dos estudos sobre a sexualidade nem se iniciam nele, e que comporta considerável diversidade em seu interior. No campo da sexualidade, o paradigma construcionista representou uma virada epistemológica expressiva da segunda metade do século XX, desenvolvendo-se com base nas ciências sociais e humanas e contrapondo-se de forma importante às interpretações essencialistas que prevaleciam até então, em um paradigma que ainda é fortemente ensinado que foi nomeado de “sexológico”, que mantém forte inspiração psiquiátrica, na demografia e na epidemiologia comportamental, além de aderir sem crítica ao discurso classificador da biologia do século XX. Para a articulação desse campo teórico, foram fundamentais os achados de estudos históricos, antropológicos e psicanalíticos que mostravam a multiplicidade de sentidos atribuídos à sexualidade entre as culturas, dentro de uma mesma cultura e ao longo do tempo.

em relação às práticas sociais historicamente específicas de cada cenário cultural (Gagnon, 1996; Paiva, 2008).

John Gagnon e William Simon, contestando o caráter instintivo, mágico ou espetacular que se associa à sexualidade, buscaram compreendê-la como histórias da vida cotidiana, como ação rotineira que é produzida por causas rotineiras e que pode ter motivações e expressar interesses que não são tipicamente sexuais: podem ser laborais, políticos ou amistosos, por exemplo. Esses autores defenderam que, diferentemente do que se passou a acreditar a partir da psicanálise, o sexual não tem uma precedência sobre as demais dimensões da vida; ao contrário, a vida sexual se assemelha a toda a vida social e é uma atividade social como outra qualquer, provocada pelas circunstâncias sociais (Gagnon, 1998; Simon e Gagnon, 1999).

Há dois conceitos fundamentais na abordagem construcionista da sexualidade desenvolvida por Simon e Gagnon: conduta sexual e roteirização (*scripting*). A conduta sexual contrapõe-se à ideia de comportamento ou prática sexual desprovida de seu sentido cultural ou interpessoal, alegando que não há comportamento descolado da cultura, sem sentido e significados. Tudo o que fazemos sexualmente ou, ainda, tudo aquilo que classificamos como sexual são formulações culturais e históricas, que são aprendidas em todas as dimensões de nossas relações sociais (família, escola, igreja, universidade, trabalho, etc):

A experiência efetiva do sexual e o que é feito sexualmente pelos indivíduos resultam de circunstâncias particulares de aprendizagem de uma cultura específica. Até mesmo a interpretação dos acontecimentos fisiológicos referentes à excitação sexual é aprendida. As pessoas aprendem a ser sexuais em culturas específicas e em grupos sociais específicos dentro de qualquer cultura. Os indivíduos se portam, no plano sexual, de acordo com os papéis sociais aceitos. (Gagnon, 1998, p.215)

O segundo conceito, de roteirização, foi formulado como forma de "descrever o modo como as pessoas praticam o sexo socialmente e para demonstrar a importância dos elementos sociais na prática do sexual" (Gagnon, 1998, p.409). Parte do reconhecimento de que, assim como todas as condutas sociais, a conduta sexual envolve um esquema cognitivo organizado que nos permite reconhecer as situações como potencialmente sexuais, em interação com o contexto. Este esquema foi chamado de

roteiro ou script. Embora envolva um esquema cognitivo, a roteirização não se resume a isso. Todo script é desenvolvido como ação social concreta de pessoas em interação - com outras pessoas e com o contexto:

A sequência do que deve ser feito num ato sexual depende da existência prévia de um roteiro que defina o que deve ser feito com tal ou qual pessoa, em tal ou qual circunstância, em tal ou qual ocasião, e quais são os sentimentos e motivações apropriadas a esse evento (horror ou deleite, raiva ou incentivo). /.../ [Os roteiros] devem existir como parte da estrutura social, /.../ eles são a organização de convenções mutuamente compartilhadas que permitem que dois ou mais atores participem de um ato complexo, que envolva dependência mútua. (Gagnon, 1998, p.220)

O construcionismo foi fundamental, então, para produzir a compreensão de que a sexualidade, entendida como uma atividade social (e não instintiva) é um dos eixos em torno dos quais a vida social organiza as hierarquias de poder, juntamente com a experiência de gênero, classe e raça/etnia. Ao fazê-lo, permitiu a compreensão de que, embora imbricados, sexualidade e gênero estruturam poder e hierarquias de modos distintos - isto é, são, como Rubin (1984) definiu, dois sistemas de opressão distintos e ambos importantes para a compreensão da ação dos sujeitos frente à aids.

Gênero se refere aos significados socialmente construídos sobre a diferença sexual e foi formulado como recurso teórico que rejeita o determinismo biológico como explicação para as desigualdades nas relações entre mulheres e homens. Rubin (1993) introduziu a noção de sistema de sexo/gênero para se referir ao "conjunto de arranjos pelos quais a matéria-prima biológica do sexo humano e da procriação é moldada pela intervenção social humana" (p.5). Aquilo que percebemos como diferenças entre mulheres e homens são, em grande medida, produtos da supressão de similaridades existentes entre e no interior dessas duas categorias, por meio da repressão do que é considerado feminino nos homens e do que é considerado masculino nas mulheres (Rubin, 1993).

Scott aprimorou a compreensão de gênero como uma categoria de análise das relações de poder, definindo-o como "um dos campos primários no qual ou a partir do qual o poder é articulado" (Scott, 1986, p.1069), juntamente com classe, raça e sexualidade. Embora em quase todas as sociedades as formas sistemáticas de lidar com o gênero impliquem em hierarquias, essas formas são variáveis entre as culturas e ao

longo da história, de modo que a opressão de gênero é produto de relações sociais específicas. Esta compreensão tem duas consequências importantes: a primeira é que, como categoria de análise de um fenômeno que é variável, gênero é sempre contextual e, portanto, a pergunta que se faz a cada investigação é *como* gênero organiza a dinâmica da vida social em um dado contexto; e a segunda é que, sendo contextualmente produzida, a opressão de gênero não é inevitável e é passível de transformação (Scott, 1986; Rubin, 1984; Rubin, 1993; Piscitelli, 2002).

Butler (2000), articulando sua perspectiva teórica às que questionam a noção de que gênero é a interpretação cultural de um dado invariável e natural - o sexo (Moore, 1997; Nicholson, 2000; Butler, 2000; Laqueur, 2012)² -, ressalta que a materialidade dos corpos só existe como efeito do poder, ou seja, como materialização de normas regulatórias que os qualificam para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural. Assumimos a ideia de que 'temos' um sexo na medida em que nos constituímos como sujeitos do discurso, pois é exigida de nós a identificação sexuada para nos tornarmos sujeitos culturalmente inteligíveis (Butler, 2000). Do que Butler propõe, portanto, pode-se interpretar, conforme Piscitelli (2002), que "gênero não deveria ser pensado como simples inscrição cultural de significados sobre um sexo que é dado; gênero deveria designar o aparelho de produção, o meio discursivo/cultural através do qual a natureza sexuada ou o 'sexo natural' são produzidos e estabelecidos como pré-discursivos" (p.15). Butler desenvolve a noção do gênero como performatividade - a estilização do corpo por meio de atos repetidos dentro do marco da norma social rígida do sexo (masculino e feminino). Pensado como atos de reiteração da norma regulatória sexual, gênero não conforma identidades; ele é o meio discursivo cultural através do qual a natureza sexual é produzida e estabelecida como pré-discursiva (Butler, 2000).

² Algumas correntes construcionistas questionam a noção de que gênero é a interpretação cultural de um dado invariável e natural - o sexo (Moore, 1997; Nicholson, 2000; Butler, 2000; Laqueur, 2012). Argumenta-se que até o século XVIII prevalecia a compreensão de que os seres humanos tinham um único sexo e que as diferenças anatômicas observáveis entre homens e mulheres eram tão somente diferenças de graus de desenvolvimento (Laqueur, 2012; Nicholson, 2000). A formulação da teoria dos dois sexos teria ocorrido na virada para o século XIX, no contexto das revoluções republicanas que precisavam encontrar uma maneira de manter a subordinação das mulheres enquanto propagavam discursos de igualdade entre os homens (Laqueur, 2012). Além disso, pesquisas antropológicas também mostra a existência de culturas em que o gênero não está necessariamente atrelado a interpretações baseadas na biologia, muito menos aquilo que nas culturas ocidentais é entendido como sexo biológico. Henrietta Moore (1997) chama de modelo nativo ocidental este que, baseado na reprodução humana, pressupõe o binarismo sexual e a diferença entre homens e mulheres dada na biologia pela diferenciação dos genitais. Ela localiza no discurso biomédico sobre a sexualidade a noção de sexo como uma propriedade biológica independente de qualquer processo social (Moore, 1997).

Em que pesem as diferenças de interpretações acerca da dimensão da construção social do gênero e do sexo, as diferentes abordagens construcionistas convergem na compreensão de que aquilo que é interpretado como diferença biológica que distingue mulheres e homens é o fundamento para a organização de relações de poder hierárquicas e desiguais que colocam em desvantagem sistemática mulheres e todos aqueles que não se encaixam nas normas rígidas do sexo e do gênero.

Mas o uso isolado de gênero como categoria de análise pode ser insuficiente para compreender as experiências das mulheres em sua diversidade, produzindo interpretações parciais de experiências que são atravessadas por outros eixos de opressão³ (Piscitelli, 2008; Crenshaw, 1988; Mohanty, 1988; hooks, 1984). Quando se interpreta a epidemia de aids, particularmente, a sexualidade é um dos eixos que precisa ser analisado em conjunto com gênero.

Para Rubin (1984), o sistema de opressão da sexualidade opera com base na hierarquia de valoração de práticas e identidades sexuais. Tem entre seus fundamentos o essencialismo, que opera como classificador da normalidade e das 'aberrações', e a negatividade sobre o sexo, que se expressa na interpretação do sexo como uma força perigosa e destrutiva, concebendo os genitais como partes inferiores dos nossos corpos, em oposição à mente e ao coração. Nesta concepção, as práticas sexuais são, a princípio, sempre condenáveis, mas algumas são redimíveis: é o caso do sexo no

³ O uso isolado de gênero como categoria analítica para interpretar as experiências de opressão das mulheres tem sido criticado por feministas negras, lésbicas, originárias de países em desenvolvimento e de outros grupos minoritários. Crenshaw (1988) e hooks (1984) explicitaram que embora seja uma categoria que se pretenda aplicável universalmente, gênero foi formulado com base na experiência de um grupo específico de mulheres - brancas, escolarizadas, das camadas médias da sociedade estadunidense dos anos sessenta e setenta -, o que resultou na desvalorização da participação de outros eixos de opressão que se entremeavam nas experiências da maioria das mulheres daquela sociedade. Para hooks (1984), a perspectiva de que gênero seria o único determinante do destino das mulheres é uma formulação possível apenas para aquelas não vivenciam as opressões de raça ou classe. Crenshaw (1988) propôs o conceito de interseccionalidade como guia para reformulação de estruturas analíticas que visem à compreensão de como os eixos de estruturação do poder interagem na produção das experiências, configurando uma abordagem bastante influente no feminismo desde então. Nesta mesma direção, porém refletindo desde a perspectiva pós-colonial, Mohanty (1988) enfatiza a necessidade de análises que resistam à simplificação binária da distribuição do poder e que identifiquem as especificidades materiais e ideológicas que fazem com que certos grupos de mulheres estejam mais oprimidos - ou mais vulneráveis - que outros em cada contexto político. Mohanty critica o etnocentrismo na construção discursiva do feminismo ocidental sobre as mulheres dos países em desenvolvimento, que resulta na homogeneização discursiva das mulheres desses países como um grupo oprimido, em um processo que ela denominou como colonialismo teórico. Enfatiza que tal processo apaga a heterogeneidade e as contradições que existem nesses países e que ocorre não apenas nas análises de estudiosas localizadas nos países centrais, mas em quaisquer análises que adotem a perspectiva colonialista (Mohanty, 1988).

casamento, para a reprodução e como expressão de (algumas formas de) amor. Assim, no topo da hierarquia de valoração de práticas está o sexo heterossexual monogâmico que acontece dentro do casamento; em seguida, os atos heterossexuais em outras relações estáveis; depois quaisquer atos heterossexuais; a eles seguem-se os atos homossexuais em relações estáveis e monogâmicas; depois os atos homossexuais promíscuos; a prostituição e o sadomasoquismo; e, por fim, a pedofilia (Rubin, 1984).

Como organização de uma estrutura de poder, o traçado da linha divisória entre o que configura o suposto sexo bom e o suposto sexo mau tem por finalidade proteger os grupos dominantes. Ao contrário do que frequentemente alegam os sistemas de julgamento sexual que os sustentam (e aí estão incluídos campos de saberes tão diversos quanto correntes da religião, da psicologia, da medicina, do feminismo e do socialismo), não é uma moralidade direcionada pela ética, já que mesmo a escolha livre de práticas sexuais que estão na base da pirâmide é passível de punição. Tampouco serve para proteção dos mais vulneráveis, outro argumento frequentemente utilizado para justificá-la. Ao contrário: para proteger os grupos dominantes, o que esta linha divisória produz são ideologias de discriminação que sustentam o medo e a marginalização e tornam os membros das comunidades perseguidas vulneráveis a toda sorte violências, firmando o que pode ser definido como um apartheid sexual (Rubin, 1984).

A compreensão desse sistema de opressão da sexualidade foi fundamental para entender como os processos de estigmatização e discriminação operam na epidemia de aids. Originalmente, a noção de estigma foi definida como um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo que resulta em profundo descrédito do indivíduo; um fenômeno relacional que não se limita à desqualificação de um atributo em si, mas que se refere às relações sociais que estabelecem tal ou qual atributo como depreciativo (Goffman, 1978). Esta definição foi ampliada por Parker e Aggleton (2001) que propuseram analisar o estigma e a consequente discriminação como processos sociais que estão implicados na produção e reprodução das relações de poder nas sociedades. Nesta perspectiva, a estigmatização é compreendida como um processo de desvalorização de certos grupos para a manutenção de alguma forma de superioridade de outros. Ou seja, é um processo que desempenha um papel chave na transformação da diferença em desigualdade e na manutenção das condições de violência estrutural, definida como a distribuição desigual do poder que coloca em desvantagem sistemática (discrimina) certos grupos, de modo que as possibilidades de satisfação de suas

necessidades se tornam insuficientes, enquanto outros grupos são privilegiados (Parker, 2013). Compreender os processos de estigma e discriminação demanda, portanto, identificar como os processos de exclusão social são engendrados em um dado contexto cultural e quais as forças acionadas por indivíduos, comunidades ou Estados para recriar a exclusão nas diferentes situações e ambientes (Parker e Aggleton, 2001; Parker, 2013).

No caso da aids, além dos fatos de ser uma doença transmissível e ameaçadora à vida (especialmente nos anos iniciais, quando não havia tratamentos eficazes como os atuais), a estigmatização se produziu justamente por sua associação a comportamentos e identidades sexuais já condenados moralmente (Parker e Aggleton, 2001). Com a doença associada inicialmente à homossexualidade e, posteriormente, a quaisquer outras práticas 'da base da pirâmide' - como o sexo comercial e casual -, a estigmatização da aids incorporou os mecanismos sociais pelos quais a estigmatização e a discriminação sexual funcionavam antes do surgimento da epidemia, a tal ponto que se torna difícil distinguir o estigma sexual do estigma da aids. Da mesma forma, incorporou a estigmatização baseada no gênero, a partir da qual os comportamentos sexuais não são julgados inadequados em si, mas são julgados como inadequados de acordo com o sexo de quem os pratica frente às normas de gênero operantes. É o que se observa nos processos de culpabilização das mulheres trabalhadoras sexuais pela epidemia, tratadas como 'vetores de infecção' que representariam riscos para seus clientes e para a sociedade, e das mulheres julgadas como promíscuas, mesmo em cenários epidemiológicos que contrariam essas interpretações. Assim, o estigma da aids afeta não apenas as pessoas infectadas como também aquelas percebidas como 'possivelmente infectadas' ou 'infectantes' (Parker e Aggleton, 2001).

Tendo esses aprendizados teórico-práticos em mente, cabe-nos perguntar, então: que desafios a perspectiva da V&DH que se articulou à abordagem construcionista da sexualidade e incorporou gênero como categoria analítica, pode antecipar para prevenção do HIV entre as mulheres no atual cenário do Brasil, em que se amplia a disponibilidade de métodos preventivos baseados nos usos de medicamentos antirretrovirais?

1.2. Cenário atual da prevenção da aids: paradoxos de um campo em transformação

A resposta à aids no Brasil vive um momento paradoxal: enquanto a ampliação de tecnologias preventivas permite almejar maior sucesso no controle da epidemia, retrocessos importantes no campo dos direitos, inclusive sexuais e reprodutivos das mulheres, ameaçam os sucessos já obtidos e limitam a ação presente (Seffner e Parker, 2016; Ferraz e Paiva, 2015). A ênfase na expansão das tecnologias baseadas no uso dos antirretrovirais têm levantado questionamentos sobre a fragilização das intervenções estruturais no âmbito das respostas à aids, inclusive no Brasil (Seffner e Parker, 2016; Kippax e Stephesen, 2012), assim como tem alertado para a necessidade de compreender e responder às dimensões psicossociais do uso desse métodos (Ferraz e Paiva, 2015; Kippax e Stephesen, 2012). Este cenário de intrincadas disputas políticas coloca desafios particulares para a prevenção entre as mulheres, como exploraremos nos itens a seguir.

1.2.1. Diversificação das tecnologias de prevenção do HIV: um olhar para as particularidades das mulheres

A expansão das opções de métodos preventivos para o HIV no Brasil é um processo que se insere em um contexto global, a partir da demonstração, em ensaios clínicos controlados, da eficácia de métodos para a prevenção da transmissão sexual do HIV baseadas no uso de medicamentos antirretrovirais.

Assim como em outras partes do mundo, no Brasil os programas de prevenção do HIV ao longo dos anos 1980 e 1990 estiveram centrados em intervenções comportamentais e estruturais (Parker, 2011). O preservativo masculino foi o primeiro método preventivo a ser adotado, a partir da iniciativa das próprias comunidades afetadas e, posteriormente, como recomendação oficial dos programas de prevenção (Pinheiro, 2015). Com as campanhas de prevenção e o aumento da distribuição ao longo dos anos, o uso do preservativo masculino cresceu no país entre o início da epidemia e o ano de 2008, quando se observou, pela primeira vez, uma tendência de queda (Brito et al, 2011).

O debate sobre as limitações do preservativo masculino como método único de prevenção do HIV ocupou lugar importante na tradição feminista que pensou, global e localmente, a resposta à aids utilizando gênero como categoria de análise. No Brasil, a compreensão da feminização da epidemia que incluía na análise a perspectiva construcionista e de direitos humanos contribuiu para explicitar, além da limitação óbvia derivada do fato de ser um insumo usado no corpo dos homens, os constrangimentos estruturais de acesso e à negociação sexual que o uso do preservativo requer.

O acompanhamento da evolução do uso do preservativo masculino no Brasil mostra que a adesão das mulheres a este insumo permaneceu consistentemente mais baixa do que a dos homens ao longo dos anos. A Pesquisa de Comportamentos, Atitudes e Práticas (PCAP) 2008, mostrou menores taxas de uso do preservativo entre as mulheres em todos os critérios investigados: 57,6% das mulheres e 63,6% dos homens relataram uso de preservativo na primeira relação sexual; 39,7% das mulheres e 40,2% dos homens haviam usado na última relação sexual; 22,5% das mulheres usaram em todas as relações nos últimos 12 meses contra 28,3% dos homens; e o uso em todas as relações com parceiro casual nos últimos 12 meses foi de 34,6% entre as mulheres e 51% entre os homens (Brito et al, 2011). Seu uso é particularmente menos relatado entre aquelas envolvidas em relacionamentos estáveis, especialmente entre as casadas (Berquó et al, 2008; Ferraz e Grangeiro, 2013; Brito et al, 2011), e é menor entre aquelas que tiveram apenas um parceiro sexual na vida (Ferraz e Grangeiro, 2013).

Como parte dos esforços de estruturar uma resposta à tendência de feminização da epidemia, o preservativo feminino foi implantado no SUS em 2000 (NEPO, ABIA e UNFPA, 2011). É um insumo eficaz tanto para a prevenção do HIV quanto de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Vijayakumar et al, 2006), com alta eficácia contraceptiva (Villela e Barbosa, 2015) e associado ao aumento de práticas seguras (Gallo et al, 2012; Barbosa et al, 2007). Nos últimos anos, sua disponibilidade aumentou de forma importante no país, embora permaneça bastante inferior à do preservativo masculino⁴. Em 2012, o Brasil adquiriu 20 milhões de preservativos femininos, superando todo o quantitativo adquirido entre 2000 e 2009 (16 milhões de

⁴ Em 2015, por exemplo, a quantidade de preservativos femininos enviada pelo Ministério da Saúde aos estados e capitais do país foi 25 vezes menor que o quantitativo de preservativos masculinos - 22.310.800 unidades do primeiro e mais de meio bilhão (552.343.753 unidades) de unidades do segundo.

unidades). Em 2015 a compra dobrou e em 2017 o Ministério da Saúde enviou mais de 9 milhões de unidades do insumo para estados e capitais do país⁵.

O uso do preservativo feminino, porém, ainda é relativamente baixo. Em pesquisa de opinião nacional, questionadas sobre a proteção na última relação sexual, 1% das mulheres entrevistadas relataram ter usado preservativo feminino, enquanto 26% relataram uso do preservativo masculino (Ferraz e Grangeiro, 2013). O uso na vida, segundo a PCAP 2008, foi de 8% (Pascom e Szwarcwald, 2011). O baixo uso do preservativo feminino não é uma realidade apenas brasileira e resulta de um conjunto de fatores, que incluem seu alto custo, sua baixa disponibilidade e a pouca oferta às mulheres por parte dos profissionais de saúde (NEPO, ABIA, UNFPA, 2011). No Brasil, o alto custo e a baixa produção do insumo fizeram com que ele fosse, durante muitos anos, distribuído unicamente para certos segmentos da população feminina (Villela, 2015)

Em que pese a centralidade do preservativo, principalmente masculino, nas políticas de prevenção, os medicamentos antirretrovirais desempenham papel importante no controle da epidemia de aids desde 1996 (Kippax e Race, 2003). Além de seu papel revolucionário no tratamento das pessoas vivendo com HIV, ainda nos anos noventa eles foram adotados também com finalidade preventiva em situações específicas. O primeiro uso foi para a profilaxia pós-exposição (PEP), então indicada para gestantes e bebês expostos ao HIV, profissionais de saúde vítimas de acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes e pessoas vítimas de violência sexual. Não houve ensaios clínicos controlados para avaliar a eficácia da PEP; ela foi inferida com base na evidência de eficácia em modelos animais e na constatação de que o tempo que o HIV leva para ser detectado no sangue (até cinco dias) representa uma janela de oportunidade para evitar que a infecção se instale quando alguém é exposto ao vírus (Sultan et al, 2014). Posteriormente, estudos analisaram a efetividade da PEP para prevenção da transmissão vertical, constatando a efetividade de diferentes regimes de ARV (Sperling et al, 1996; Nielsen-Saines, 2012) .

Ainda no final dos anos 1990, países como França, Estados Unidos e Austrália adotaram a PEP também para situações de exposição ocorridas em relações sexuais

⁵ Dados disponíveis na página oficial do DIAHV/Ministério da Saúde. Acessíveis em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/distribuicao-de-preservativo-feminino-2018>

consensuais e por compartilhamento de equipamentos para uso de drogas injetáveis (Rey et al, 2007). Essa forma de administração foi chamada de *nPEP*, em inglês (o *n* indicando tratar-se de exposição *não* ocupacional); em português, foi chamada de PEP sexual. Consiste na tomada de certas combinações de ARV por 28 dias e deve ser iniciada até 72 horas após a exposição. Estudos com usuários dessa forma de administração da profilaxia têm fornecido dados que sugerem sua efetividade, com baixíssimas taxas de falha (Ford et al, 2014; Carneiro e Elias, 2018; Thomas et al, 2015).

Atualmente, ao uso profilático pós-exposição somam-se recomendações internacionais de oferta da profilaxia pré-exposição (PrEP) a todas as pessoas em risco substancial de infectar-se pelo HIV e de início imediato do tratamento de todas as pessoas diagnosticadas com HIV, independentemente da contagem de células CD4+ e da carga viral (TasP, sigla em inglês para *Treatment as Prevention*) (World Health Organization, 2015; Brasil, 2018).

A hipótese de que a supressão viral obtida pela terapia antirretroviral (TARV) evitaria a transmissão do HIV já tinha sido afirmada em 2008 pela Comissão Nacional de Aids da Suíça, com base em revisão da literatura e em consenso de especialistas (Vernazza et al, 2008). A hipótese foi confirmada em 2011 em ensaio clínico randomizado controlado, que reportou que o tratamento de pessoas soropositivas com antirretrovirais reduziu em 96% o risco de transmissão do HIV-1 entre casais sorodiferentes (Cohen et al, 2011). Em 2015, o ensaio clínico START, que inclui 4685 pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) de 35 países, concluiu que o início precoce da TARV não apenas evita a transmissão, mas também previne a ocorrência de eventos relacionados à aids nas pessoas infectadas, sem levar ao aumento de efeitos adversos (The Insight Start Study Group, 2015). Mais recentemente, o estudo PARTNER 2 confirmou a intransmissibilidade do HIV nas relações sorodiferentes entre homens gays quando a carga viral do parceiro soropositivo é indetectável (Rodger et al, 2018).

A eficácia da PrEP com o uso combinado dos ARV tenofovir e emicitribina (TDF/FTC) foi demonstrada em diversos ensaios clínico. No estudo *Partners PrEP*, realizado em Uganda e Quênia, o uso diário de TDF/FTC oral entre casais heterossexuais sorodiscordantes mostrou redução de risco de infectar-se de 67 e 75% para homens e mulheres, respectivamente (Baeten et al, 2012). Semelhantemente, um estudo realizado em Uganda com jovens adultos heterossexuais encontrou redução de

63% do risco de infecção entre os participantes que utilizaram TDF/FTC via oral diariamente (Thigpen et al, 2011). O *IPrEx*, realizado em seis países (incluindo o Brasil), encontrou uma redução de 44% do risco de infecção pelo HIV entre HSH que usaram TDF/FTC oral diariamente, grau de proteção que aumentou para 73% entre aqueles que fizeram uso da medicação em 90% dos dias ou mais (Grant et al, 2010).

A PrEP, de uso oral ou tópico, é considerada um dos métodos mais promissores para as mulheres pelo potencial de ser controlada pelas próprias usuárias. No entanto, os resultados dos estudos têm mostrado que assegurar o alto grau de proteção da profilaxia entre as mulheres é mais desafiador do que em outros grupos. Dois ensaios clínicos controlados realizados com mulheres em países do continente africano foram suspensos por recomendação de seus comitês de especialistas em razão da baixa eficácia observada. O FEM-PrEP (Van Damme et al, 2012) foi realizado na Tanzânia, Quênia e África do Sul e testou a ingestão oral diária de TDF-FTC. Já o VOICE, realizado em Uganda, Zimbábue e África do Sul, dividiu-se em dois braços: em um deles foi testada a tomada diária de TDF-FTC via oral; no outro, o uso tópico diário de TDF em gel (Microbicide Trials Network, 2013). Todos os regimes falharam. Estudos subsequentes mostraram que a falha da eficácia foi devida à baixa adesão à profilaxia: no VOICE, menos de um terço das mulheres tomaram as doses prescritas; no FEM-PrEP, a adesão (definida como presença de ARV no plasma equivalente a pelo menos quatro doses semanais dos remédios) só foi identificada em 12% das voluntárias (Geary e Bukusi, 2014). Além disso, estudos qualitativos foram realizados para compreender os motivos da baixa adesão nesses ensaios, indicando que o controle que as mulheres podem exercer sobre o uso da profilaxia também é condicionado pelas condições estruturais (Geary e Bukusi, 2014). Persistem no uso da PrEP desafios que já eram conhecidos em relação ao uso do preservativo, como a baixa percepção de risco das mulheres e a interferência da opinião dos parceiros sobre os métodos; e acrescentam-se desafios como o temor da estigmatização de utilizar um método preventivo que pode ser confundido com o tratamento do HIV e a demanda por idas frequentes aos serviços de saúde em contextos em que as mulheres são sobrecarregadas com múltiplas funções (Van Der Straten et al, 2014; Van Der Straten et al, 2014a; Magazi et al, 2014; Corneli et al, 2014).

Ainda entre os ensaios clínicos que testaram o uso tópico de antirretrovirais, o estudo CAPRISA 004 analisou efetividade e segurança de gel a base de 1% de TDF e

encontrou redução média de 39% na incidência do HIV no grupo de intervenção, sendo que a eficácia chegou a 54% entre as mulheres altamente aderentes (uso do produto superior a 80%) (Abdool Karim et al, 2010). Estudos subsequentes de uso tópico de TDF não encontraram evidência de eficácia do método (Rees, 2015; Marazzo, 2015). Recentemente, observou-se que, além da adesão, a presença de inflamações genitais compromete a eficácia do uso tópico do tenofovir: o gel não ofereceu proteção para mulheres com sinais de respostas inflamatórias na região genital e ofereceu proteção de 57% para aquelas que não tinham sinal de inflamação (McKinnon et al, 2018).

O ARV mais promissor para uso tópico pelas mulheres é o anel vaginal de dapivirina mensal. Dois ensaios clínicos, ambos realizados com mulheres de 18 a 45 anos, já haviam mostrado a eficácia do método para a prevenção do HIV. No estudo ASPIRE (MTN 020), realizado em Malawi, África do Sul, Uganda e Zimbábue, a eficácia foi de 27%; no *Ring Study* (IPM 027), conduzido em Uganda e África do Sul, de 31%. Mais recentemente, os estudos abertos HOPE (MTN 025) (Baeten et al, 2018) e DREAM (IPM 032) (Nel et al, 2018), que deram continuidade aos dois ensaios, respectivamente, confirmaram os resultados positivos. Em ambos, as mulheres usaram o anel mais consistentemente do que nos estudos randomizados anteriores, aumentando, com isso, sua eficácia preventiva para 54%. Ambos estudos continuam em andamento.

1.2.1. Programas de Prevenção Combinada: olhares críticos sobre o otimismo gerado pelos avanços farmacológicos

Em nível global, o otimismo de que as tecnologias preventivas baseadas no uso dos ARV contribuiriam significativamente para o controle mais efetivo da epidemia de aids levou ao anúncio da possibilidade do fim da epidemia na sua quarta década. Em tese, essas tecnologias aliadas aos demais métodos existentes, aos conhecimentos acumulados, aos compromissos assumidos em nível global e às conquistas no campo dos direitos humanos, se aplicados de forma eficiente, poderiam levar à eliminação da transmissão do HIV (The Washington DC Declaration, 2012). Para avançar nesta direção, recomenda-se que sejam disponibilizados métodos preventivos variados e complementares para que as pessoas possam escolher aqueles mais adequados às suas necessidades (Chang et al, 2013), configurando os chamados programas de prevenção combinada (Jones et al, 2014). Trata-se de uma perspectiva que pode favorecer a

autonomia e aumentar a chance de proteção, na medida em que as pessoas podem alternar métodos ou combiná-los, de acordo com suas necessidades e possibilidades, que são diversas e variáveis, seja ao longo do tempo, com diferentes parcerias ou por outros motivos (Grangeiro et al, 2015). Programas de prevenção combinada devem oferecer, além das tecnologias baseadas no uso dos antirretrovirais, métodos clássicos, como: preservativos masculino e feminino; gel lubrificante; testagem para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis; e tratamento para essas infecções. Devem, ainda, incluir intervenções em aspectos estruturais que favoreçam a redução das vulnerabilidades à epidemia (UNAIDS, 2007).

O Brasil adotou o modelo da prevenção combinada a partir de 2013. A definição mais recente do Ministério da Saúde é:

"uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus" (Brasil, 2017a, p.18).

O preservativo, como método de alta eficácia, permanece como o principal insumo no âmbito da política nacional (Brasil, 2017a), mas, reconhecidas as limitações de sua contribuição para o controle da epidemia a longo prazo e de sua adequação às diferentes necessidades e cenários sexuais (Villela e Barbosa, 2015), é desejável que haja outros métodos eficazes disponíveis (Grangeiro et al, 2015).

Os métodos baseados no uso dos ARV comprovadamente eficazes para a prevenção da transmissão sexual do HIV - PEP, PrEP de uso oral e TasP - estão disponíveis no SUS. A PEP para exposições decorrentes de relações sexuais consentidas foi adotada em 2010 (Brasil, 2010), tardiamente em relação a diversos outros países que a adotaram ainda no final dos anos 1990. A TasP foi implementada em 2013. A PrEP começou a ser oficialmente implantada no SUS em 2018, mas já havia sido introduzida anteriormente em alguns serviços do país por meio de estudos de demonstração. Atualmente está disponível em 36 serviços de saúde⁶, prioritariamente para gays e

⁶ Informação disponível na página oficial do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, no endereço <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/prep-esta-disponivel-em-36-servicos-do-sus-partir-deste-mes>.

outros HSH, pessoas transexuais, profissionais do sexo e parcerias sorodiferentes para o HIV (Brasil, 2018a).

O otimismo internacional de que a disponibilidade e a utilização de métodos variados para a prevenção do HIV contribuiria para o controle da aids a ponto de se almejar o fim da epidemia até 2030 também ecoou no Brasil. Local e globalmente, porém, pondera-se que esse otimismo não tem levado em consideração a dinâmica da produção social da epidemia e não antecipou como a crise político-econômica de 2008 se somaria a mais um ciclo de reação conservadora (*backlash*) que afetaria os direitos conquistados nas décadas anteriores (Seffner e Parker, 2016; Corrêa, 2016), com consequências negativas particulares para as mulheres (Keller e Ryan, 2018).

Kippax e Stephenson (2012) observam que, ao longo de sua história, a aids tem sido interpretada a partir de duas narrativas: a biomédica e a social. A biomédica, caracterizada pela visão individual da doença, baseia suas proposições na compreensão de que indivíduos são agentes racionais neoliberais que, uma vez orientados por especialistas, adotariam os comportamentos por eles recomendados e, assim, reduziriam o risco de se infectarem ou transmitirem o HIV. A social entende que o foco deve estar nas relações entre as pessoas, nos modos como são socialmente produzidas as práticas que colocam pessoas em risco e nas maneiras pelas quais essas práticas podem ser transformadas para reduzir riscos. O foco, portanto, está na interação - não só entre as pessoas, mas também das comunidades com o HIV, com a biomedicina e com o Estado, e em como essas interações produzem comunidades habilitadas (ou não) a responder à ameaça do HIV.

A narrativa biomédica, segundo essas autoras, ganhou força desde 1996, quando surgiram os primeiros antirretrovirais. Seu apelo, porém, viria de duas premissas equivocadas: (1) que as chamadas intervenções comportamentais e estruturais não teriam sucesso, o que viria a ser contestado pelo evidente controle da epidemia alcançado por países como o Brasil, que investiram fortemente nessas intervenções; e (2) que ao implantar tecnologias classificadas como 'biomédicas' seria possível contornar os desafios psicossociais e culturais envolvidos na transmissão do HIV, ignorando-os, equívoco que se torna evidente com a compreensão de que a efetividade de quaisquer métodos preventivos depende das interações entre pessoas e destas com as

informações, os serviços e as próprias tecnologias, em contextos específicos. Ou seja, todos os métodos de prevenção, inclusive aqueles classificados como biomédicos:

Exigem o engajamento ativo de pessoas e comunidades: as dimensões sociais, culturais e políticas da atividade sexual /.../ são primordiais. /.../ PrEP ou preservativos /.../ só podem ser eficazes se as estratégias de prevenção lidarem com os contextos que impedem a apropriação dessas ferramentas para as práticas sexuais /.../, inclusive os contextos que colocam as tecnologias de tal forma que não induzem a nenhuma ação por parte das pessoas que poderiam se beneficiar delas. (Kippax e Stephenson, 2012, p 792, tradução nossa).

Kippax e Stephenson (2012) alertam que a fragmentação da prevenção em componentes biomédicos, comportamentais e estruturais nubla a compreensão do que efetivamente é a prevenção. Alertam, ainda, que o aumento do foco na biomedicalização, somado a essa compreensão nublada, pode distorcer os investimentos na prevenção.

1.2.2.'Soluções' medicamentosas em uma conjuntura de retração de direitos?

Analisando a situação brasileira neste cenário, Seffner e Parker (2016) observam que a aposta em uma solução farmacêutica para a prevenção tem conduzido ao abandono de referenciais que foram construídos para pensar politicamente a aids e as conexões da prevenção com os direitos humanos e o enfrentamento das desigualdades. Ao mesmo tempo em que se avança na expansão de tecnologias baseadas nos ARV, recua-se em ações de enfrentamento do estigma, da homofobia e da educação para a sexualidade. Configura-se, assim, um processo de desperdício da experiência, que não se limita à condução das políticas públicas, mas que se expressa nelas em um quadro de permanente tensão que os autores descrevem como o fazer viver (por meio de testes e medicamentos) e o deixar morrer (pelo abandono do enfrentamento do estigma e discriminação).

Do ponto de vista das ciências humanas e sociais, este quadro tem sido interpretado como parte de uma conjuntura política nacional caracterizada por uma virada conservadora, com efeitos diretos sobre a resposta à aids e os direitos das mulheres. Se entre os anos 1970 e 2000 o debate no país se caracterizou pelo avanço no

reconhecimento das desigualdades fundamentadas em gênero e sexualidade e pela busca da implementação de políticas públicas comprometidas com sua redução, a conjuntura política atual é de retração do que Carrara (2016) nomeou como processos de cidadanização de mulheres e minorias sexuais. Este fenômeno não é exclusivo do cenário brasileiro. É um movimento internacional tem se expressado com força particular em países da América Latina e da Europa, caracterizado pela reatividade de setores conservadores frente à crescente visibilidade de mulheres e minorias sexuais como sujeitos políticos e aos avanços obtidos por esses grupos no campo dos direitos (Corrêa, 2018; Facchini e Sívori, 2017; Sívori et al, 2017; Viveros e Rondón, 2017). Contudo, ganha ainda mais força na conjuntura de aprofundamento da crise política nacional e de crescente restrição de direitos fundamentais no país (Facchini e Sívori, 2017).

Ainda que não se restrinja a uma ação de grupos religiosos (Miskolci e Campana, 2017; Sívori et al, 2017), o início dessa virada conservadora é localizado na articulação reativa de intelectuais do Vaticano frente à legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos e de gênero em nível internacional. As Conferências do Cairo e Pequim são dois marcos desse processo de legitimação, caracterizando momentos em que a resistência do Vaticano e de países a ele aliados não logrou barrar a inclusão desses direitos como referenciais globais para as políticas de população e de mulheres que fora articulada pelo movimento feminista internacional (Corrêa, 2018; Viveros e Rondon, 2017). A formulação da chamada política antigênero se expressa nas reações e manifestações públicas do Vaticano sobre temas de igualdade de gênero e diversidade sexual e conta com uma produção bibliográfica que se acumula desde 1997 (Corrêa, 2018). O principal constructo dessa política é a noção de ideologia de gênero, que coloca as teorias sobre as desigualdades e as políticas de equidade "no registro da opinião, da ideologia como inverdade, do não comprovado pela ciência, contrário à lei positiva" (Facchini e Sívori, 2017, p 7). É uma expressão que se reveste de caráter acusatório, que justifica a censura a qualquer debate ou ação que nela se baseie.

No Brasil, a política antigênero tem uma de suas expressões mais relevantes na entrada na representação pública de determinados atores cristãos, de diferentes denominações, vinculados a partidos políticos de centro-direita à extrema direita, sobretudo via o poder legislativo. Este processo é observável em todas as esferas de gestão e no nível federal articula uma bancada no Congresso Nacional que:

Evoca uma visão idealizada de unidade do 'povo de Deus' como suposta maioria nacional para agitar ansiedades morais com um relato apocalíptico no qual os direitos e políticas para as mulheres e LGBT, além de cercear a liberdade religiosa, ameaçariam a integridade moral das crianças e da família brasileira. (Facchini e Sívori, 2017, p 6).

A política antigênero se sustenta, assim, pelo estabelecimento retórico de uma contradição entre religião e direitos sexuais e reprodutivos, na qual os segundos ameaçariam a existência da primeira. Para combater direitos que, em certa interpretação religiosa, se contrapõem e subvertem a ordem natural, promove-se o pânico sexual, mobilizando sujeitos, com base em sua religião, para defender uma certa ordem sexual, familiar e social (Facchini e Sívori, 2017; Sívori et al, 2017).

Os obstáculos desse fenômeno para a garantia de direitos fundamentais de mulheres e minorias sexuais no Brasil se concretizam de várias formas, incluindo o impedimento do debate público sobre questões relativas a gênero ou a sexualidade. Em 2011, a bancada religiosa do Congresso Nacional pressionou o Governo Federal a retirar de circulação um material que ficou conhecido como "kit anti-homofobia". Tratava-se de um material elaborado em parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e organizações do sistema ONU e que foi usado pela bancada religiosa como moeda de troca em negociações para barrar investigações sobre corrupção no Executivo (Beloqui e Terto Jr, 2013). Em 2014, a noção de ideologia de gênero fundamentou a eliminação da menção à "superação da desigualdade racial, regional, de gênero e orientação sexual" do Plano Nacional de Educação (Facchini e Sívori, 2017).

Entre um episódio e outro, a política antigênero teve efeito censor sobre as campanhas de aids. Em 2012, uma campanha elaborada pelo Ministério da Saúde voltada para o público homossexual chegou a ser lançada, mas foi tirada do ar no dia seguinte e substituída por outra que apresentava dados epidemiológicos (Beloqui e Terto Jr, 2013). Em 2013, a censura foi dirigida a uma campanha voltada para as profissionais do sexo. Lançada com o slogan "sou feliz sendo prostituta", a campanha havia sido elaborada pelo Ministério da Saúde em parceria com o movimento social de prostitutas, por meio de oficinas, e trazia mensagens contra o preconceito, pelo desejo de ser respeitada e sobre a importância de se prevenir. Tal como no episódio de 2012, a campanha foi divulgada e tirada do ar no dia seguinte, sendo substituída por outra que

usava as mesmas imagens, mas modificava o slogan para "prostituta que se cuida usa sempre camisinha". O episódio resultou na exoneração do então diretor do Departamento de DST/aids, sob alegação do Ministro da Saúde de que o lançamento da campanha não havia sido autorizado por ele. Em ambos os casos o Ministério da Saúde negou ter havido censura e buscou justificativas técnicas para o cancelamento das campanhas - o tecnicismo, aliás, viria a ser uma característica da defesa da pasta contra as críticas à fragilização do referencial dos direitos humanos nas ações de enfrentamento da aids (Ferraz e Paiva, 2015).

Além de impedir o debate, o movimento conservador antigênero atua para fazer retroagir direitos conquistados, como mostram diversos projetos de lei (PL) que circulam nas assembleias legislativas do país. Em âmbito nacional, ganhou destaque em 2015 o PL 5069-2013, de autoria do deputado federal Eduardo Cunha, membro da bancada religiosa do Congresso e então presidente daquela casa legislativa, que propunha medidas para dificultar o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual⁷. As medidas incluíam: a obrigatoriedade das vítimas apresentarem boletim de ocorrência e exame de corpo de delito como condição para atendimento em uma unidade de saúde; a proibição de orientações às vítimas sobre o aborto legal; e o tratamento apenas com medicamentos que não fossem considerados abortivos (o que poderia impedir o acesso à contracepção de emergência, a depender da interpretação da equipe médica sobre este método). O projeto chegou a ser aprovado na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados, mas não foi a plenário, tendo sido sua tramitação interrompida pelo afastamento do cargo e posterior prisão de seu autor, acusado de corrupção. Nesta mesma direção, foi apresentada também a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 164/2012⁸, que estabelece a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção, o que incluiria embriões e fetos, que, se aprovada, teria como consequência a criminalização do aborto em quaisquer condições no país.

⁷ Projeto de Lei Nº 5069-2013 (Do Senhor Eduardo Cunha e outros) Acrescenta o art. 127-A ao Decreto-Lei no. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal. Acessível em http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1061163&filename=PL+5069/2013

⁸ Proposta de Emenda à Constituição 164/2012. Dá nova redação ao caput do art. 5º da Constituição Federal. Acessível em http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=987629&filename=PEC+164/2012

Há que se observar, porém, que, ao mesmo tempo em que se ergue um movimento que quer limitar as transformações operadas pelo feminismo e pelos movimentos pela diversidade sexual, crescem e se renovam também as ações de resistência desses movimentos. Internacional e nacionalmente, a década corrente é palco do crescimento de grupos feministas, sobretudo de jovens, que se expandem de maneiras inovadoras pelos mecanismos propiciados pela popularização da internet e das redes e mídias sociais (Keller e Ryan, 2018; Locke et al, 2018). A intensidade desse processo tem levado alguns autores a falar em uma possível quarta onda do feminismo, que se desenvolve, em importante medida, por meio do ciberativismo (Keller e Ryan, 2018; Brito 2017).

Este fenômeno é observável no Brasil em uma série de protestos entre 2015 e 2018. Em 2015, a reação à aprovação do PL 5069-2013 na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados foi organizada por meio das redes sociais e resultou em um conjunto de protestos de rua das mulheres país afora, em um momento que ficou conhecido como a primavera feminista brasileira (Brito, 2017; Nascimento, 2018). Os protestos ganharam potência por serem uma articulação contra dois temas caros à agenda feminista - a violência contra as mulheres e o direito ao aborto -, mas também por estarem inseridos neste contexto de proliferação de comunidades feministas online, de campanhas midiáticas geradas por grupo de mulheres contra o assédio sexista (com *hashtags* como #primeiroassedio, #meuamigosecreto e #eutambém) e de crescimento dos protestos feministas nas ruas - como a Marcha das Vadias, a Marcha das Margaridas e a Marcha das Mulheres Negras (Brito, 2017).

É, portanto, reconhecendo esta conjuntura de contradições, e amparadas na perspectiva construcionista orientada pelos direitos humanos, que procuramos analisar as experiências de busca e uso da PEP sexual por mulheres em serviços de saúde brasileiros. Buscamos nessas experiências compreender qual a dinâmica psicossocial da prevenção nas cenas sexuais das mulheres e no uso de antirretrovirais para a prevenção. Ao fazê-lo, buscamos contribuir para a produção de conhecimento sobre a epidemia que valoriza os saberes acumulados pelas análises críticas e pelas experiências precedentes, resistindo ao otimismo acrítico que pode levar ao desperdício da experiência, conforme definido por Seffner e Parker (2016).

1.3. A PEP sexual como 'caso' para (re)pensar a resposta à epidemia feminina na conjuntura brasileira atual

A PEP sexual é a tecnologia de prevenção da transmissão sexual do HIV baseada no uso de antirretrovirais disponível há mais tempo no Brasil e é um método considerado estratégico nos programas de prevenção combinada (Koblin et al, 2108; Nascimento, 2016; Ford et al, 2014; Sultan et al, 2014; Izulla et al, 2013).

Embora não seja uma tecnologia desenvolvida especificamente para as mulheres, a análise da experiência delas com o método se mostra relevante por um conjunto de motivos. O primeiro é que a PEP sexual tem potencial de contribuição para a prevenção do HIV entre as mulheres, visto que as dificuldades com o uso do preservativo neste grupo podem levar a situações em que uma profilaxia de emergência seja o método mais adequado a ser adotado. Pode ser um método especialmente relevante para mulheres soronegativas envolvidas em relações sorodiferentes, sobretudo se seus parceiros não estiverem em condição de supressão da carga viral. Além de sua própria função preventiva, é um método que tem potencial para vincular pessoas expostas ao HIV aos serviços e, assim, favorecer o acesso ao conjunto de métodos preventivos disponíveis (Koblin et al, 2108) e a outros cuidados, o que pode ser particularmente importante para grupos de mulheres que enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como trabalhadoras sexuais e mulheres transexuais (Nascimento, 2016).

Compreender o uso que as mulheres fazem da PEP sexual é relevante também em função do aumento expressivo do uso dessa tecnologia no Brasil desde a sua implantação, em 2010 (Brasil, 2016). Considerando todos os tipos de uso (exposição ocupacional, causada por violência sexual e após relação sexual consentida), o número de dispensações da profilaxia por ano passou de 11.090 em 2009 para 41.399 em 2015. Neste conjunto, cresce, a cada ano, a participação do uso após exposições em relações sexuais consentidas: a proporção passou de 8% em 2011 (n=1.093) para 45% (n=18.644) em 2015; em 2016, considerando dados disponíveis até 31 de outubro daquele ano, foram realizadas 23.058 dispensações de PEP por exposição sexual em relações consentidas, o que representou 48% do total de PEP dispensadas pelo SUS no período. Os dados publicizados pelo Ministério da Saúde não distinguem a proporção

de homens e mulheres entre as pessoas que buscaram PEP sexual nos últimos anos no Brasil. Dados de 2016 e 2017 permitem apenas visualizar, de forma bastante limitada, a proporção de busca por alguns dos grupos populacionais prioritários para a resposta ao HIV no Brasil. Os dados sugerem a participação importante de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens entre os usuários de PEP (21%), e baixa proporção de profissionais do sexo (3%), pessoas que usam álcool e outras drogas (1%) e pessoas transexuais (menos de 1%). No entanto, mais de 70% das dispensações foi registrada no campo 'outras populações', indicando a fragilidade do registro desta informação. A maior parte (69%) das pessoas que buscaram PEP tinham entre 25 e 59 anos e cerca de 30% dos usuários de PEP nesses dois anos eram jovens de 15 a 24 anos (Brasil, 2016).

A relevância de investigar o uso da PEP sexual pelas mulheres reside também no fato de esta não ser uma tecnologia que está direcionada apenas para segmentos específicos da população, como acontece com a PrEP, o que possibilita analisar as experiências de grupos diversos de mulheres, sem reduzi-las àquelas hoje classificadas como 'populações-chave', tampouco homogeneizando-as na categoria de 'mulheres da população geral'. Assim, a investigação do uso da PEP pode permitir aprimorar a compreensão sobre as necessidades preventivas dos diversos grupos de mulheres em cenários de expansão de opções preventivas, contribuindo para a reflexão mais ampla sobre o uso de ARV para a prevenção neste grupo.

Finalmente, a PEP tem a característica peculiar de ser uma tecnologia preventiva medicamentosa, mas que deriva da falha ou do não uso do método clássico - o preservativo - em uma relação sexual em que há risco, ao menos suposto, de infecção pelo HIV. Ela é uma tecnologia que nos permite compreender, na experiência de uma mesma mulher, a transição entre a prevenção em cena com um parceiro (frequentemente reduzida à noção de comportamental) e a prevenção medicamentosa (frequentemente reduzida à ideia de biomédica). As pessoas que usam PEP sexual podem ser, neste sentido, informantes privilegiadas sobre a intersecção de se prevenir do HIV como uma experiência que não corresponde à separação artificial entre métodos biomédicos, comportamentais e estruturais, permitindo a produção de análises mais compreensivas sobre a inseparabilidade das diversas dimensões da prevenção, na linha do argumentado por Kippax e Stepheson (2012).

1.3.1. Diretrizes para a oferta da PEP sexual no Brasil

A oferta da PEP sexual no Brasil é normatizada por protocolos do Ministério da Saúde. As primeiras diretrizes a regulamentar a oferta da PEP em casos de exposição em relações sexuais consentidas no Brasil foram publicadas em 2010 e ficaram vigentes até 2015. Nestas diretrizes, a indicação da profilaxia se dava com base em critérios biológicos e epidemiológicos, a partir dos quais se definia se houve ou não exposição ao risco (Brasil, 2010). Segundo este protocolo, a PEP sexual era indicada para pessoas que: (1) tiveram relação sexual anal receptiva ou vaginal, com parceria sabidamente soropositiva; ou (2) tiveram relação sexual com parceria de sorologia desconhecida e pertencente a um segmento populacional em que haja alta prevalência do HIV, envolvendo prática anal receptiva; ou (3) tiveram relação sexual com parceria pertencente a um segmento populacional de baixa prevalência do HIV, com relação sexual anal receptiva.

Esses critérios foram modificados a partir da publicação de um novo protocolo para a PEP em 2015. O objetivo da mudança foi simplificar a indicação da PEP e o esquema medicamentoso para, com isso, aumentar a participação dos serviços de atenção básica e de urgência e emergência na oferta da profilaxia (Brasil, 2015). A indicação passou a ser baseada na avaliação do risco da exposição, independentemente do tipo de parceria e de prática sexual ocorrida, sem diferenciar as exposições ocupacionais das decorrentes de relações sexuais ou de violência sexual.

Assim, a partir de 2015 há indicação de uso da PEP sempre que houver exposição a materiais biológicos com risco de transmissão do HIV - contato de sangue, sêmen, fluidos vaginais, líquidos das serosas, líquido amniótico, líquido e líquido articular com membranas mucosas ou pele não íntegra - nas últimas 72 horas. Para que seja considerada uma potencial exposição, é necessário, ainda que o status sorológico para o HIV da pessoa exposta seja negativo e o da pessoa com que ela teve contato, referida no protocolo como 'pessoa fonte', seja positivo ou desconhecido.

Em 2017, uma versão revisada do protocolo de 2015 foi publicada (Brasil, 2017b), trazendo como inovação a inclusão de um novo medicamento no esquema profilático e o destaque para a importância da investigação e tratamento de outras DST em pessoas que buscam PEP. A revisão do esquema profilático levou em consideração a

escolha de drogas de alta efetividade com o mínimo possível de efeitos adversos, frente ao reconhecimento de que esses efeitos são motivadores das altas taxas de abandono da profilaxia (Brasil, 2017b).

Em relação ao uso por mulheres, é importante destacar que os documentos de 2015 e de 2017 afirmam que a PEP pode ser usada durante a gestação e o aleitamento, sendo que o último prevê um esquema alternativo de medicamentos de acordo com a idade gestacional e recomenda a interrupção da amamentação durante o uso da PEP e até a 12ª semana de seguimento, a fim de evitar o risco de transmissão do HIV pelo leite materno.

O atendimento inicial da pessoa que busca a PEP, segundo as diretrizes nacionais, compreende as seguintes etapas:

1. Avaliação de como e quando ocorreu a exposição (tipo de material biológico, envolvido, tipo de exposição, tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento): recomenda-se a profilaxia em todos os casos de exposição com risco significativo de transmissão do HIV. Há casos em que a PEP não está indicada, em função do risco insignificante de transmissão e do risco de toxicidade dos medicamentos superior ao risco da transmissão do HIV;
2. Avaliação do tempo decorrido: pessoas que procuram atendimento após 72 horas não devem iniciar a PEP, mas devem ser avaliadas quanto à necessidade de acompanhamento clínico e laboratorial para o HIV e outras IST e de prevenção de outros agravos.
3. Investigação da condição sorológica da pessoa exposta e da pessoa com quem ela se expôs ('pessoa fonte'): se a pessoa exposta tiver sorologia positiva para o HIV, a PEP não está indicada e ela deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral. Se a sorologia for negativa, recomenda-se avaliar o status da pessoa fonte quanto à infecção pelo HIV, quando possível. Se o status da pessoa fonte puder ser verificado por meio de teste rápido e for negativo, a PEP não é recomendada, a menos que ela tenha história de exposição a risco nos últimos trinta dias. Se o status da pessoa fonte permanecer desconhecido ou for confirmado como positivo, a PEP está indicada.

Além da oferta da medicação profilática, o atendimento inicial de PEP deve ainda contemplar (Brasil, 2010; 2015):

- Oferta de anticoncepção de emergência para todas as mulheres em idade fértil após exposição sexual ao HIV, caso não exista desejo de engravidar;
- Profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis; e
- Orientação para manter medidas de prevenção da infecção pelo HIV durante o período de seguimento.

O seguimento do tratamento profilático é realizado por meio de consultas com a equipe de saúde dos serviços e de acompanhamento laboratorial que inclui, além do HIV, sorologias para hepatites B e C e sífilis, exames de creatinina, transaminases, hemograma e exame de urina. O protocolo de 2010 previa que os usuários deveriam realizar três visitas de seguimento aos serviços, após 30, 90 e 180 dias. O protocolo de 2015 reduziu o seguimento, encerrando-o na testagem após 90 dias.

2. Objetivos

2.1. Objetivo

Compreender o processo de decisão e a experiência de uso da profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP sexual) por mulheres que buscaram este método preventivo em serviços de saúde de cinco municípios brasileiros, na conjuntura de expansão de métodos de prevenção do HIV baseados no uso dos antirretrovirais.

2.2. Objetivos Específicos:

Analisar:

- Como os sistemas de gênero e sexualidade são incorporados (*embodied*) nas cenas sexuais que motivaram as mulheres a buscar o serviço de PEP sexual?
- Como os estigmas associados ao gênero, à sexualidade e à aids se articulam nas experiências de busca e uso da PEP sexual das mulheres?
- Quais mudanças cotidianas as mulheres associam ao uso da profilaxia, em especial, nas suas práticas sexuais e preventivas?
- Como as mulheres avaliam as experiências de busca e uso da PEP sexual, em especial o Cuidado que receberam nos serviços de saúde ao longo do seguimento?

3. Métodos

3.1. Estudo *Combina!*

Os dados analisados nesta tese foram coletados como parte da investigação intitulada “A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros - Estudo *Combina!*”.

O *Combina!* é um ensaio clínico pragmático multicêntrico que articula metodologias quantitativas e qualitativas com os objetivos de:

1. Analisar a efetividade da PEP sexual oferecida em serviços de saúde brasileiros para pessoas que tiveram exposição sexual consentida;
2. Analisar mudanças nas práticas sexuais e preventivas decorrentes do uso da PEP sexual;
3. Verificar a efetividade do uso combinado de métodos preventivos oferecidos na rotina de serviços de saúde brasileiros, incluindo a PrEP; e
4. Compreender como pessoas mais expostas escolhem, acessam e usam métodos de prevenção do HIV.

O componente qualitativo do estudo centra-se na exploração do segundo e do quarto objetivos.

O *Combina!* é realizado desde 2015 em serviços especializados em HIV de cinco cidades brasileiras: São Paulo, Ribeirão Preto, Curitiba, Fortaleza e Porto Alegre. Atualmente, a etapa de inclusão de usuários de PEP sexual está encerrada, enquanto que a de usuários de PrEP permanece aberta somente na cidade de São Paulo e para grupos específicos: profissionais do sexo, travestis e mulheres (cisgênero e transexuais). O

acompanhamento da coorte está previsto para se manter até, pelo menos, dezembro de 2018.

Entre as cidades selecionadas, São Paulo e Fortaleza apresentaram entre 2011 e 2014 as menores taxas de incidência de aids (23,1 e 26,8/100 mil habitantes por ano, respectivamente). São Paulo, porém, registrou o maior número dos casos da doença no Brasil no mesmo período (9333). Porto Alegre apresenta a maior incidência de aids no Brasil entre as capitais (91,1 casos/100.000 habitantes por ano). Ribeirão Preto é onde se encontra a maior participação relativa da categoria de uso de drogas injetáveis (\pm 10%), mas prevalece, como nas outras localidades, a transmissão sexual do HIV, via pela qual aconteceram 70% dos casos registrados entre 2011 e 2014. Curitiba tem uma taxa de incidência de 27 por 100.000 habitantes por ano, com 35,1% dos casos entre homossexuais e bissexuais e 55,3% dos casos entre heterossexuais. Fortaleza e Curitiba apresentaram tendência de estabilização da epidemia, enquanto Ribeirão Preto, São Paulo e Porto Alegre tiveram ligeiro declínio na taxa de incidência de aids no mesmo período.

Os serviços participantes foram selecionados com base nos seguintes critérios: no momento da pesquisa ofertavam, rotineiramente, a PEP para casos de exposição ocorridos em relações sexuais consentidas; eram serviços de referência para testagem ou tratamento de HIV; estavam localizados em regiões diversas do país; e apresentavam distintos contextos epidêmicos de HIV. Todos concordaram, por meio de suas gerências, em participar do estudo.

Todas as pessoas que buscaram PEP sexual nos cinco serviços ao longo do trabalho de campo e que atendessem os seguintes critérios foram consideradas elegíveis para participar do estudo *Combina!*:

- Ter 16 anos ou mais de idade⁹;

⁹ Os dados analisados nesta tese não incluem pessoas menores de 18 anos porque nenhuma mulher nesta faixa etária procurou a PEP nos serviços estudados durante o trabalho de campo. Contudo, vale notar que o protocolo do estudo previu a inclusão de pessoas entre 16 e 18 anos, a quem seria igualmente aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em consonância com a conduta definida pelo serviço para o atendimento - isto é, somente seria solicitada assinatura dos pais ou responsáveis caso esse fosse um pré-requisito para realização do tratamento no serviço. Essa conduta e a inclusão desse grupo foram previstas pelas seguintes razões: (1) indivíduos nessa faixa etária apresentam alta vulnerabilidade para a infecção pelo HIV e são responsáveis por uma parte expressiva dos novos casos de aids registrados no país; (2) esses indivíduos procuram a PEP nos serviços, sendo, portanto, sujeitos das intervenções analisadas nesse projeto; (3) a solicitação de autorização dos pais ou responsáveis em todas as circunstâncias impossibilitaria a inclusão de uma parte importante desses indivíduos, por pressupor a revelação

- Ter mantido relações sexuais nos últimos 30 dias com indicação para o uso de PEP sexual, conforme definido nas recomendações do Ministério da Saúde, sendo que à época da coleta dos dados estava vigente o protocolo de 2010 (Brasil, 2010);
- Ter sorologia negativa para o HIV, confirmada por meio de teste rápido no momento de procura do serviço, ou ter resultado do anti-HIV (Elisa) positivo e Western Blott negativo ou indeterminado nos casos em que a exposição tenha ocorrido entre 73 horas e 30 dias;
- Não ter procurado a PEP sexual para reprodução assistida, exposição ocupacional ou após violência sexual;
- Caso tivesse iniciado a PEP sexual em serviços de pronto-atendimento ou urgência, ter sido encaminhada para seguimento no serviço participante do estudo logo após o atendimento inicial, com informações sobre status sorológico no momento do atendimento, caracterização da exposição sexual, hora da exposição, hora de início da PEP sexual e esquema profilático prescrito; e
- Aceitar participar do estudo, confirmando-o por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O protocolo completo do *Combina!* com o detalhamento dos métodos do estudo está publicado em Grangeiro et al (2015a).

3.2. Análise das experiências das mulheres que usaram PEP sexual no âmbito do *Combina!*

As análises que compõem esta tese formam parte do componente qualitativo do Estudo *Combina!*. As abordagens qualitativas são recomendadas quando se busca investigar experiências e vivências humanas, visando à sua compreensão e interpretação (Minayo 2012). Baseadas na tradição das ciências sociais e humanas, são abordagens que se ocupam da investigação aprofundada de casos específicos em sua temporalidade e localização e que reconhecem "a subjetividade, o simbólico e a intersubjetividade das relações como partes da realidade social" (Minayo, 2017, p.55). São, portanto,

indesejada de práticas ou identidades, criando um viés que tornaria inadequada a inclusão desses indivíduos no estudo; e (4) a exclusão desses indivíduos impossibilitaria o conhecimento de especificidades que auxiliarão a definição de políticas para o melhor uso dos métodos preventivos nesse grupo.

adequadas aos objetivos desta tese e aos referenciais teóricos que suportam a perspectiva etnográfica adotada, baseada nas importantes contribuições que esta abordagem metodológica tem aportado ao estudo dos serviços de saúde (Fleischer e Ferreira, 2014).

No campo da saúde coletiva, a aplicação de abordagens qualitativas é crescente, ainda que permaneçam contra-hegemônicas (Bosi, 2012). Similarmente ao observado historicamente no desenvolvimento das ciências em geral¹⁰, nesse campo específico o crescimento de investigações de base qualitativa tem sido interpretado como uma busca por aproximações metodológicas que dêem conta de abordar as questões de pesquisa em saúde vinculadas aos problemas da existência humana (Bosi, 2012).

3.2.1. Procedimentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre março e dezembro de 2015, combinando duas técnicas típicas da etnografia: observação direta das atividades envolvidas na oferta da PEP sexual nas cinco unidades de saúde participantes do *Combina!*; e entrevistas com mulheres que buscaram PEP sexual nesses serviços após terem sido potencialmente expostas ao HIV em relações sexuais consentidas.

A observação direta teve a finalidade de compreender como se dá a oferta da PEP sexual nos serviços participantes e foi realizada nos espaços de recepção, sala de espera, sala de coleta e farmácia.

Para a análise das experiências de busca e uso da PEP sexual, a técnica de coleta de dados empregada foi a entrevista semiestruturada, escolhida por favorecer a emergência da visão dos sujeitos do estudo em relação ao objeto em análise e a expressão dos significados que atribuem às experiências que estão sendo investigadas (Minayo, 2004)

¹⁰ Ainda que suas origens históricas remontem ao final do século XIX e início do século XX, as abordagens qualitativas em saúde ganharam força a partir de transformações culturais da segunda metade do século XX. Naquele momento histórico, criticava-se a impossibilidade das perspectivas hegemônicas na análise social, de corte positivista ou marxista mecanicistas, interpretarem a realidade social, subjetiva e ambiental, que se pluralizava. Essas críticas abriram espaço para abordagens investigativas locais, temporais e situacionalmente definidas em contraposição às macroteorias (Minayo, 2017).

As observações e as entrevistas foram realizadas por pesquisadoras e pesquisadores com experiência de trabalho de campo e que receberam capacitação específica para a coleta de dados. Em Ribeirão Preto, Curitiba e Fortaleza, havia um pesquisador em cada sítio; em Porto Alegre, dois pesquisadores; e em São Paulo, onde a equipe de coordenação do estudo também foi a campo, seis pesquisadores (sendo uma delas a autora).

Em todos os sítios, planejou-se que em duas semanas (dez dias úteis) se realizariam as entrevistas e as observações. Este planejamento foi cumprido em Curitiba e Fortaleza. Em Ribeirão Preto, a equipe de coordenação realizou uma análise preliminar do material inicialmente coletado e concluiu que ele era insuficiente; por esta razão, uma nova pesquisadora foi contratada para realizar entrevistas complementares. Em Porto Alegre, foi menor a procura de PEP sexual, o que dificultou a coleta das entrevistas. O campo pode ser estendido por pesquisadores da cidade, que realizaram visitas adicionais ao serviço e aumentaram o número de entrevistados naquela localidade. O mesmo foi possível em São Paulo.

Foram convidadas a participar do estudo mulheres que foram aos serviços para consultas referentes à PEP sexual durante o período do trabalho de campo. Foi dada preferência para aquelas que estavam nos serviços para uma das consultas de seguimento e não para consulta inicial. Tal escolha se deveu a duas constatações da etapa exploratória do campo, a saber:

- A primeira consulta, na data em que as pessoas buscam a PEP sexual, é um momento de intensa mobilização emocional. Nesta situação, a recusa a participar do estudo era maior e, mesmo aquelas que aceitavam ser entrevistadas comumente ficavam incomodadas em ter que falar novamente sobre a situação de exposição ao HIV, já que, para muitas delas, aquela era uma fonte de angústia naquele momento; e
- Quando entrevistadas na primeira consulta, as mulheres não podiam falar sobre sua experiência com o uso dos medicamentos e tinham menos experiências de interação com o serviço para embasar suas avaliações sobre o atendimento que receberam.

3.2.1.1. Instrumentos de coleta de dados

A observação direta foi guiada por roteiros pré-definidos e registros em diários de campo. O roteiro, que pode ser consultado no anexo 1, abordou: características do serviço, incluindo localização, horários de atendimento, quantitativos de atendimentos de PEP sexual e outras ações preventivas oferecidas; identificação das áreas dos serviços envolvidas no atendimento às pessoas que buscam PEP sexual, considerando a adequação do ambiente físico, as características da equipe de saúde e as articulações entre diferentes setores dos serviços; inserção da PEP sexual na rotina do serviço e sua relevância em relação às demais atribuições da equipe de saúde; perfil das pessoas que buscaram PEP sexual; interação dos usuários de PEP sexual com a dinâmica de funcionamento do serviço e com a equipe; e acionamento de outras estratégias de prevenção e cuidado a partir da procura pela PEP sexual.

As entrevistas foram guiadas por roteiros semiestruturados, que exploraram: experiências afetivas e sexuais prévias das entrevistadas; experiências com o uso de métodos preventivos e contraceptivos; conhecimento sobre a PEP e, em particular, sobre PEP sexual; encontros que derivaram na busca da PEP sexual; processo de decisão de busca pela PEP sexual; experiência na relação com os serviços de saúde buscados; experiência de uso da profilaxia; adesão ao tratamento profilático; e eventuais mudanças provocadas pelo uso de PEP sexual. O roteiro de entrevista está disponível no anexo 2.

Nas entrevistas, buscamos a produção de cenas coletadas por meio de entrevistas, tal como propostas por Paiva (2000, 2006, 2012), para explorar as situações que levaram ao uso da PEP sexual, o processo de decisão de buscar a profilaxia e as interações que vivenciaram nos serviços de saúde. A abordagem metodológica das cenas insere-se na tradição teórico-metodológica do construcionismo social que pensa a sexualidade como uma atividade social cujos scripts organizam a ação (Gagnon, 2006), combinado com aportes do psicodrama (Moreno, 1983), do teatro do oprimido (Boal, 2014) e da pedagogia do oprimido (Freire, 1999). Nesta abordagem psicossocial, utilizada para a investigação e também para a educação sexual e a prevenção (Paiva, 1999), a pessoa entrevistada é convidada a relatar densa e detalhadamente sua experiência, em um exercício de imaginação ativa. A orientação é para que a pessoa busque se deslocar para o momento em que aconteceu a cena e produza uma narrativa sobre a experiência vivida "como se fosse uma cena de novela ou de filme", identificando as pessoas que estavam com ela (personagens), o palco (cenário imediato

da cena), as interações, os sentimentos e os diálogos (roteiros). A técnica valoriza o relato denso da experiência nos termos de quem a vive e busca compreender as interações que acontecem nas cenas. Ao propor à pessoa reviver e recontar uma cena, busca-se romper com as racionalizações que frequentemente levam a respostas socialmente esperadas (Zucchi, 2014), o que é especialmente relevante quando se está investigando temas de saúde e sexualidade, tão atravessadas pela moralidade. Trata-se de um recurso metodológico particularmente rico quando a observação direta da experiência (como se faz na tradição etnográfica mais clássica) é inviável, como é precisamente o caso das relações sexuais que levaram à PEP sexual e do processo decisório de buscar a profilaxia. Ao mesmo tempo, é pensada como unidade de análise e foco da ação para promoção de prevenção e cuidado, como detalharemos no item que apresenta o quadro de análise.

É importante notar que, ainda que cientes das possibilidades de haver diferenças no relato de experiências íntimas em função do sexo do entrevistador e do entrevistado, a paridade de gênero entre entrevistadores e entrevistados não foi um critério adotado para o trabalho de campo do estudo *Combina!*. Entendemos que, se almejássemos a paridade, seria necessário ir além do mero pareamento por sexo e considerar outros eixos tão importantes quanto gênero na estruturação da relação entre pesquisadores/as e entrevistadas - como condição social, cor, orientação sexual e identidade de gênero. Ainda que isso pudesse representar um enriquecimento metodológico, operacionalmente era inviável. Assim, o principal critério para seleção dos/as entrevistadores/as foi sua experiência prévia em pesquisas qualitativas, particularmente, em temas relacionados à sexualidade e à saúde, e a aceitação em participar de uma capacitação específica para trabalhar com os instrumentos do *Combina!*.

Todos os instrumentos foram pré-testados no serviço de São Paulo e ajustados para aplicação nele e nos demais sítios. Especificamente em relação à aplicação da técnica de coleta de cenas, o pré-teste evidenciou as dificuldades de aplicá-la, sobretudo com entrevistadas que demonstravam maior timidez para relatar suas experiências sexuais. Diante disso, duas das pesquisadoras de campo (sendo uma delas a autora) realizaram exercícios práticos específicos com a autora dessa metodologia, Prof.^a Vera Paiva. Esses exercícios foram posteriormente reproduzidos pelas pesquisadoras com os demais colegas que iriam a campo em São Paulo e foram discutidos na capacitação dos pesquisadores dos demais sítios.

3.2.1.2. Participantes do estudo

A seleção apenas de pessoas que se identificavam como mulheres para este estudo poderia incluir, a princípio, tanto mulheres cisgênero como mulheres transexuais. Contudo, nenhuma mulher transexual buscou os serviços para uso da PEP sexual durante o período do trabalho de campo, razão pela qual o conjunto das entrevistadas foi composto apenas por mulheres cisgênero.

No total, foram entrevistadas dezessete mulheres que buscaram a PEP sexual nos cinco sítios do estudo. O número de entrevistas não foi definido a priori, mas condicionado, sobretudo, pela quantidade de mulheres que buscaram a PEP sexual nos serviços durante o tempo delimitado do trabalho de campo.

Em todos os serviços, os homens era maioria entre os usuários de PEP, como mostra a tabela 1¹¹. Em Porto Alegre, São Paulo e Fortaleza, os homens homossexuais eram o grupo mais atendido no serviço. Em Ribeirão Preto e Curitiba, eram os homens heterossexuais. Mulheres heterossexuais aparecem como segundo grupo mais atendido apenas no serviço de São Paulo; em Fortaleza elas não aparecem sequer entre os três grupos mais atendidos. Em Ribeirão Preto e Curitiba, o terceiro grupo mais atendido são profissionais do sexo, sem especificação se são majoritariamente mulheres ou não.

Tabela 1: Classificação dos três grupos mais atendidos nos serviços de PEP do Estudo Combina!

Grupos mais atendidos	Sítios*				
	Porto Alegre	São Paulo	Ribeirão Preto	Fortaleza	Curitiba
Homens homossexuais	1º	1º	2º	1º	2º
Homens heterossexuais	2º		1º	2º	1º
Mulheres heterossexuais	3º	2º	3º		3º
Profissionais do Sexo		3º		3º	

¹¹ Dados obtidos por meio de questionário autoperenchido pelos gerentes dos serviços participantes do Combina!. Foram publicados previamente, ver Grangeiro et al, 2015.

A predominância dos homens entre os usuários dos serviços demandou atenção especial à chegada das mulheres para garantir a coleta de informações sobre as experiências delas com a profilaxia. Embora se tenha buscado convidar para o estudo todas as que chegaram nos serviços durante o trabalho de campo, houve situações em que a presença da mulher coincidia com a presença de outros usuários de PEP sexual e, havendo apenas um entrevistador em campo, nem sempre era possível assegurar a entrevista de todos os usuários no mesmo dia. Assim, foram incluídas todas as que concordaram em participar, respeitando-se o limite da disponibilidade do entrevistador. Em locais onde a presença de mulheres era rara, os entrevistadores foram orientados a priorizá-las. Foi o caso de Porto Alegre, onde, mesmo com a priorização, apenas duas mulheres foram entrevistadas e, ao final, apenas uma das entrevistas foi válida, pois em um dos casos a busca era por testagem e não por profilaxia. A tabela 2 mostra a distribuição por sexo do conjunto dos entrevistados em cada sítio.

Tabela 2: Pessoas entrevistadas para o Estudo *Combina!*, por sexo

Entrevistados			
Sítio	Homens	Mulheres	Total
São Paulo	16	6	22
Ribeirão Preto	9	4	13
Curitiba	6	4	10
Porto Alegre	6	1	7
Fortaleza	5	2	7
Total	42	17	59

O conjunto das dezessete entrevistas permitiu alcançar o critério de saturação teórica (Fontanella et al, 2012), aqui entendido como o momento em que se alcançou um *corpus* de falas que permitiu a emergência dos significados das experiências com a PEP sexual para este conjunto de participantes.

3.2.2. Procedimentos de análise dos dados

3.2.2.1. Descrição da oferta da PEP sexual nos serviços

Para descrição da oferta da PEP sexual nos serviços, os relatórios de observação direta e os registros dos diários de campo foram submetidos à leitura compreensiva e, posteriormente, o material foi organizado de acordo com informações consideradas relevantes para compreender as condições de acesso à PEP sexual em cada localidade. As informações incluíram:

- Características do serviço onde a PEP sexual é ofertada: compreende o tipo de serviço em que a PEP está implantada, considerando se são serviços que atendem demandas gerais de saúde ou serviços especializados em HIV - Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços Especializados em HIV/Aids (SAE);
- Localização do serviço no município: observamos se o serviço está localizado em região central ou periférica em cada município estudado, bem como a disponibilidade de transporte público que facilite o acesso até o local;
- Horários de funcionamento: consideramos o horário de atendimento do serviço e, em particular, o da oferta da PEP sexual;
- Referência para atendimento da demanda por PEP sexual nos horários em que o serviço estudado está fechado: uma vez que o atendimento da PEP sexual configura uma urgência, os serviços que não funcionam de forma ininterrupta precisam ter referência estabelecida com serviços de pronto-atendimento, a fim de assegurar o atendimento inicial;
- Quantidade de atendimentos de PEP sexual por mês: indica a frequência de busca pela PEP em cada localidade.

A descrição dos fluxos internos para atendimento da PEP sexual levou em consideração: as principais etapas de atendimento; os profissionais responsáveis por cada uma delas; os espaços físicos dos atendimentos; e o planejamento da continuidade do seguimento.

3.2.2.2. Experiências de busca e uso da PEP sexual

Os processos de análise e interpretação do material inspirou-se em princípios hermenêutico-dialéticos. Visou à progressiva impregnação, a fim de atingir a compreensão da lógica interna do material (Minayo, 2012). Buscamos identificar

similitudes, mas também a variabilidade, as contradições e conflitos contidos nas narrativas, identificando contrastes e buscando compreender as diferenças de perspectivas no grupo estudado como resultantes das diferentes posições sociais e das histórias pessoais das entrevistadas. Assim, buscamos valorizar os conhecimentos e práticas relatadas por elas, a fim de que a segunda ordem de interpretação respeitasse o que nos trouxe o material primário (Gomes, 1994; Minayo, 2017).

Compreendemos os processos analítico e interpretativo como exercícios de dupla hermenêutica, na medida em que reinterpretemos as interpretações das entrevistadas acerca de suas experiências vividas, percebidas e imaginadas, contextualizando-as socialmente (Deslandes, 2000). Reiteramos, ainda, nossa compreensão de que se, por um lado, a possibilidade de produção do conhecimento reside no compartilhamento de significados culturais comuns entre pesquisadoras e pesquisadas que nos permite almejar uma fusão de horizontes, por outro, a construção interpretativa é resultado de uma elaboração analítica operada pelas pesquisadoras. Trata-se, portanto, da construção da realidade sob um prisma que deve estar devidamente explicitado nas suas bases, a fim de tornar claros os fundamentos da construção das categorias e a priorização de certas dimensões das experiências. Assumir esta perspectiva diante do trabalho de pesquisa nos obriga a compromissos éticos e metodológicos de valorização do material primário e de sustentação teórica consistente no processo interpretativo (Deslandes, 2000).

Operacionalmente, o processo analítico-interpretativo implicou no seguimento de algumas etapas. A primeira foi a escuta dos áudios das entrevistas, seguida por leituras extensivas, minuciosas e reiteradas de todas as transcrições (leitura compreensiva), que nos permitiram chegar à visão de conjunto do material e à apreensão de suas particularidades. A fim de verificar a suficiência da exploração dos temas que compunham o roteiro no conjunto das entrevistas (Gomes, 1994), cada uma delas foi reorganizada em conjuntos de dados relativos à prevenção do HIV, à experiência de uso da PEP sexual e à utilização dos serviços, como mostra o quadro 1.

Quadro 1: Roteiro para leitura densa das entrevistas

Características	Composta por informações que permitem compreender as principais características de cada entrevistada, sem revelar sua identidade, e que embasam a análise das experiências dela: cidade onde foi entrevistada, idade, cor autodefinida, religião, atividade laboral, relacionamentos afetivo-amorosos, filhos.
Prevenção	Exploração das informações sobre como a entrevistada se preveniu do HIV antes da exposição que a levou a buscar a PEP sexual, buscando identificar: métodos e estratégias utilizadas com a intenção de se prevenir do HIV; métodos contraceptivos que ela utilizava; avaliação sobre o risco de infectar-se pelo HIV ou outras IST; e o conhecimento sobre a PEP sexual antes de usá-la.
Cenas Sexuais	Exploração dos elementos da cena (ou cenas) em que aconteceu a potencial exposição ao HIV: local onde ocorreu a relação sexual; características do parceiro e tipo de vínculo que a entrevistada tinha com ele; uso de métodos preventivos; descrição da interação entre os parceiros; uso de álcool e outras drogas; outros elementos que contribuíram para que a entrevistada se sentisse exposta ao HIV.
Cenários da decisão de buscar a PEP	Exploração do processo de decisão de busca do serviço de saúde, considerando: se foi imediatamente após a potencial exposição; se ela já conhecia o método e por quais fontes; as pessoas que contribuíram para a decisão; aspectos da relação que contribuíram para a tomada de decisão (por exemplo, descoberta da soropositividade do parceiro, lembrança de coisas que aconteceram durante a relação, sentimentos).
Experiências nos serviços	Exploração da experiência de ir ao serviço de saúde em busca da PEP sexual e do atendimento recebido nas várias etapas, incluindo: como a mulher localizou o serviço a buscar; como chegou até ele; etapas do atendimento pelas quais passou; tempo de espera; resolutividade nos atendimentos; eventuais necessidades de retornos por falta de algum insumo, profissional ou equipamento; peregrinação entre serviços ou entre setores do mesmo serviço; percepção sobre estigma e discriminação nos atendimentos; satisfação com os atendimentos; e uso de outros serviços de prevenção (no mesmo estabelecimento de saúde ou em outros).
Efeitos da PEP sexual	Síntese dos efeitos da PEP sexual no cotidiano: efeitos físicos adversos; reações ao estigma da aids; restrições ao cotidiano (vida social, trabalho, relações familiares e conjugais, atividade sexual); experiências de discriminação; mudança de comportamento sexual (variação do número de parceiros, de uso de preservativo, incorporação de outros métodos); e percepção sobre a PEP como método preventivo (intenção de usar novamente, disseminação da informação para outras pessoas).

Constatada a suficiência dos dados empíricos, passamos, então, ao seu recorte temático. Nesta etapa, os dados foram reorganizados em cinco conjuntos temáticos: caracterização das entrevistadas; experiências de prevenção no ano anterior; cenas que levaram à busca da PEP; experiências nos serviços de PEP; e experiências de uso da PEP. Uma nova etapa de leituras compreensiva foi realizada, então, para identificar ideias explícitas e implícitas nos depoimentos.

3.2.2.3. Quadro de análise

A interpretação baseou-se na articulação dos dois quadros teórico-metodológicos que guiam o estudo: o da compreensão construcionista da sexualidade e a perspectiva sobre o processo saúde-doença à luz da vulnerabilidade e dos direitos humanos. Como previamente discutido, essas duas tradições se encontram no campo dos estudos sobre a aids no Brasil e se desenvolvem com base em duas unidades de análise – a pessoa em cena (Paiva, 1999; 2006; 2012) e as dinâmicas do Cuidado (Ayres, 2004; 2007).

Considerando essas duas unidades de análise, buscamos compreender, por comparação e contraste, as experiências das mulheres com a PEP sexual conforme os cenários culturais que as estruturam. Derivamos assim, as categorias empíricas do estudo: cenários que estruturam a sexualidade na vida cotidiana; nesses cenários sexuais, as cenas típicas que levaram à PEP sexual; cenários programáticos que estruturam o acesso à PEP e o cuidado nos serviços de saúde; e cenários que estruturam o uso da PEP na vida cotidiana. Caracterizamos, ainda, as cenas sexuais que levaram à PEP em três subcategorias, conforme emergiram da nossa análise das narrativas: cenário de trabalho sexual; cenário de sexo casual; e cenário de relações sorodiferentes.

Ao analisar cada cenário, então, buscamos articular a compreensão de três conceitos centrais nas análises que articulam construcionismo e V&DH. O primeiro deles é o de **sujeito sexual**, concepção que reconhece que nas ações de prevenção e de Cuidado deve-se fortalecer e apoiar as pessoas para exercerem sua cidadania e autonomia como sujeitos de direitos em seus encontros sexuais, o que implica não apenas apoiá-los para negociar o uso deste ou daquele método preventivo, mas também para exercitar seus desejos, escolher práticas e parceiros, ter suas decisões sobre o próprio corpo respeitadas e de acessar os meios necessários para cuidar da sua saúde sexual (Paiva, 2012).

O segundo conceito é o de **roteiros e scripts de gênero** (Heilborn, 1993; Paiva, 1999), entendidos como “roteiros pré estabelecidos que orientam as condutas sexuais” (Heilborn, 2006, p.36) e que uma análise das relações de gênero em cena permite compreender. Presumindo a centralidade do gênero na organização social das experiências sexuais e na produção de contextos de vulnerabilidade das mulheres, buscamos compreender como as normas acerca do que é aceitável sexualmente para homens e mulheres se expressam nas cenas relatadas e vividas por nossas entrevistadas em todos os cenários.

O terceiro conceito é o de **estigma e discriminação** como processos sociais (Parker, 2013; Parker e Aggelton, 2001). Tendo em vista que esses processos afetam de maneira importante a prevenção e o tratamento das pessoas que vivem com HIV, buscamos analisar como são engendrados nos diferentes cenários e como diferentes sujeitos participam desses processos, recriando ou superando a exclusão em cada cenário. Consideramos a estigmatização da aids como um processo amplo, que se refere não apenas à doença em si, mas que engloba os mecanismos sociais de estigmatização e discriminação sexual e de gênero, sustentando a desigualdade historicamente produzida e que coproduz diferentes cenários para a prevenção e o cuidado (por exemplo, o cenário do trabalho sexual e o cenário das relações estáveis).

Para as análises dos cenários sexuais, nos apoiamos no recurso analítico da roteirização da sexualidade proposto por Simon e Gagnon (Gagnon, 1998; Simon e Gagnon, 1999), considerando seus três níveis: o script intrapsíquico; o script interpessoal; e o script cultural. A discriminação desses três níveis ajuda a compreender que, embora aprendido culturalmente e no processo estruturado de socialização, o script não é uma amarra que determina a conduta de todas as pessoas. Ou, dito de outro modo, as pessoas não são meras réplicas das instruções culturais aprendidas nos scripts culturais. Mais do que atores que os interpretam, cada pessoa é também autora e age transformando e adaptando (intrapsíquico) os roteiros sexuais disponíveis (culturais) às situações sexuais concretas, na interação (interpessoal). Assim, as pessoas estão sempre operando, no nível intrapsíquico, a mediação entre a cultura e a interação, que pode acontecer em grau menor - quando aquilo que a situação concreta requer é altamente congruente com o culturalmente esperado - ou maior - por exemplo, quando nos encontramos em situações radicalmente inéditas, que exigem que inventemos a conduta, ainda que sempre com alguma base nos materiais roteirizados de que dispomos. Este recurso analítico nos permite analisar a prevenção do HIV como uma construção psicossocial e intersubjetiva que se realiza nas diversas interações que, por sua vez, se desenvolvem em cenários específicos, no interior dos quais se cruzam discursos sobre saúde, prevenção, aids, gênero e sexualidade, entre outros (Paiva, 2008).

Considerando especificamente os cenários programáticos de acesso à PEP sexual, guiamos a análise pelas proposições de Gruskin e Tarantola (2012) acerca dos três elementos centrais das abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos:

- O exame do contexto legal em que políticas e programas se desenvolvem;
- A integração sistemática de direitos humanos fundamentais às políticas de saúde pública; e
- O foco nos quatro elementos-chave para a consecução do direito à saúde:
 - Disponibilidade: bens e serviços devem ser oferecidos com a máxima disponibilidade de recursos, em quantidades suficientes para a população;
 - Acessibilidade: os serviços devem estar ao alcance de todas as pessoas, o que implica em respeitar os princípios de não discriminação, acessibilidade física, acessibilidade econômica e acessibilidade da informação;
 - Aceitabilidade: as instalações, bens e serviços devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados;
 - Qualidade das ações e serviços: os serviços devem se basear em conhecimentos científicos, assegurando profissionais adequadamente capacitados, assim como medicamentos e equipamentos cientificamente aprovados e condições seguras para realização dos cuidados em saúde.

Aliado a essas dimensões, guiou-nos o conceito de Cuidado, que é, no quadro da V&DH, a categoria reconstrutiva das práticas operadas nos encontros intersubjetivos entre profissionais e usuários ou entre serviços de saúde e cidadãos (Ayres et al, 2012). O Cuidado, assim grafado com inicial maiúscula, é um conceito que se formula como resposta à excessiva tecnicidade das práticas de saúde contemporâneas e que busca recuperar a dimensão existencial do adoecimento, seja no plano individual ou no coletivo, no interior dessas práticas (Ayres, 2004). Essa reconstrução das práticas a partir de uma concepção hermenêutica da saúde (Ayres, 2007) não nega os conhecimentos biomédicos, mas aponta a insuficiência deles e a consequente necessidade de que a eles sejam articulados outros saberes científicos e práticos, a fim de construir as soluções possíveis para quem busca ser cuidado. Nos encontros guiados pelo Cuidado, os momentos assistenciais não têm fins pré-estabelecidos, tampouco unilateralmente definidos pelos agentes de saúde. O Cuidado é, antes de tudo, uma ação dialógica por meio do qual quem cuida e quem é cuidado constroem, em um processo de fusão de horizontes, os objetos da intervenção e as finalidades visadas e decidem, de maneira compartilhada, as maneiras mais adequadas e aceitáveis de operá-la (Ayres et

al, 2012, p 15). Neste diálogo, cada qual contribui com os saberes científicos e práticos que carrega. O horizonte normativo do Cuidado é, portanto, o sucesso prático: um processo de construção da compreensão sobre o problema de saúde que obstaculiza os projetos de felicidade de quem é cuidado e de decisão compartilhada dos recursos a serem mobilizados para superá-lo (Ayres et al 2012).

3.2.3. Aspectos Éticos

Este estudo segue a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2012), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CEP-FMUSP (anexo 3).

A investigação principal foi submetida ao mesmo Comitê e aprovada em primeira instância, sob protocolo número 251/14 (anexo 4). Foi solicitada sua submissão à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por se tratar de estudo que inclui uso de medicamentos para finalidades diversas às vigentes no Brasil à época de seu início. A Comissão, por sua vez, referendou o parecer da CEP-FMUSP, como se lê no anexo 5. O projeto foi submetido, ainda, aos Comitês de Ética em Pesquisa locais dos sítios do estudo, sendo referendado em todos eles.

Para escolha dos sítios, foram contatados os programas municipais e estaduais de aids dos cinco sítios, assim como os gerentes dos serviços, que concordaram com realização do estudo (modelo de declaração no anexo 6). Foi solicitada, ainda, autorização específica para a realização das observações diretas (modelo de autorização no anexo 7).

Foi garantido o sigilo quanto à identidade das entrevistadas, a confidencialidade das informações e sua liberdade de participação. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi apresentado a todas as participantes antes do início das entrevistas (anexo 8). Sua apresentação foi feita por escrito em duas cópias e verbalmente, sendo assinado por ambos.

Os dados coletados foram analisados em seu conjunto e todas as divulgações são feitas de forma a não possibilitar a identificação dos entrevistados ou qualquer situação de preconceito ou estigma de pessoas expostas ou que vivem com HIV.

4. Resultados

Os resultados estão apresentados em quatro partes, de acordo com os cenários em que as experiências e as cenas analisadas se estruturaram: (1) cenários sexuais cotidianos; (2) cenas sexuais que levaram à PEP; (3) cenários programáticos de acesso à PEP; e (4) cenários cotidianos de uso de PEP.

A primeira parte se inicia com uma descrição das mulheres entrevistadas, que inclui características sociodemográficas e experiências sexuais e de prevenção anteriores ao uso da PEP sexual, para que se tenha uma visão sintética das singularidades e similitudes no grupo estudado. Na segunda, exploramos os cenários nos quais se desenrolaram as cenas sexuais em que as mulheres se sentiram expostas ao HIV, buscando compreender na dinâmica dessas cenas as razões que as fizeram concluir que precisavam buscar ajuda nos serviços de saúde. Na terceira parte, analisamos os cenários programáticos de acesso e uso da PEP sexual, considerando as experiências de ida aos serviços, os fluxos de atendimento, a interação com os profissionais nas cenas de encontro no serviço (programáticas) e a avaliação das entrevistadas sobre os atendimentos recebidos. A quarta parte encerra o capítulo de resultados, apresentando os cenários de uso da PEP no cotidiano das entrevistadas.

4.1. Cenários sexuais cotidianos

4.1.1. Características sociais das entrevistadas

As dezessete entrevistadas compuseram um grupo de mulheres variado em termos de idade, cor, profissão e pertencimento religioso. Tal variedade foi adequada aos objetivos do estudo, já que não procuramos estabelecer perfis específicos que

deveriam ser contemplados nas entrevistas, mas sim incluir todas as mulheres que buscassem a PEP sexual ao longo do trabalho de campo e aceitassem participar da pesquisa.

Abaixo, apresentamos as características que consideramos mais importantes de cada uma delas para iniciarmos a apresentação dos resultados (idade, orientação sexual, cor auto definida, religião, o que estrutura seu cotidiano, o estado afetivo-sexual no momento em que se sentiu exposta). Todos os nomes são fictícios, a fim de proteger a identidade das entrevistadas. Sintetizamos também essas informações na tabela 3, apresentada logo abaixo da caracterização das entrevistadas. Uma versão ampliada desta tabela está disponível no apêndice 1 para que possa ser destacada da tese e usada para a leitura dos resultados, se o leitor assim o desejar.

1. **Virgínia (Fortaleza):** com 21 anos, se define como heterossexual, parda e católica praticante. É estudante de cursinho pré-vestibular e na época da entrevista não trabalhava. Mora com seus pais e irmãos e não tem filhos. Quando sofreu a exposição, estava envolvida em uma relação amorosa com um ficante¹². Foi com ele que ela estava na cena sexual em que aconteceu a exposição que a levou à PEP. O relacionamento acabou cerca de um mês depois.
2. **Ângela (Ribeirão Preto):** com 22 anos, se define como negra, heterossexual e evangélica não praticante. Trabalha como caixa e não tem filhos. Na cena sexual que a levou a buscar a PEP estava com um parceiro casual, que tinha conhecido naquela mesma noite, e não sabia a sorologia dele. Tem também um parceiro estável com quem vive um relacionamento aberto e não sabe o estado sorológico dele.
3. **Leila (Ribeirão Preto):** com 23 anos, se define como branca e bissexual. Não estava envolvida em nenhum relacionamento estável na época em quem ocorreu a exposição nem na da entrevista. Tem um filho de quatro anos, que mora com ela. Quanto à ocupação, define-se como profissional do sexo¹³ e vendedora (de produtos de beleza, lingerie, roupas e joias). Na cena sexual que a levou a buscar a PEP, estava atendendo um cliente.

¹² Adotamos a nomenclatura utilizada pelas entrevistadas para classificar seus relacionamentos estáveis.

¹³ Na apresentação das participantes que fazem trabalho sexual, adotamos a nomenclatura usada por elas para definir sua ocupação.

4. Karina (Curitiba): com 23 anos, se define como branca e heterossexual. Tem formação de nível superior e na época da entrevista estava se preparando para uma seleção de mestrado; não estava trabalhando. Mora com os pais e não tem filhos. Refere ter crenças espirituais próximas do kardecismo, mas com críticas. Na cena sexual que a levou a buscar a PEP, estava com um ficante que conheceu pela internet. Eles se tornaram namorados e continuavam juntos quando ela foi entrevistada.

5. Patrícia (Curitiba): com 25 anos, se define como branca, heterossexual e católica pouco praticante. Tem um filho pequeno que mora com ela. Tanto na época da exposição quanto no momento da entrevista não estava envolvida em relação afetiva estável. Trabalha como garota de programa há um ano. Na cena sexual que a levou a buscar a PEP, estava atendendo um cliente.

6. Joana (São Paulo): com 27 anos, se define como heterossexual e católica não praticante. Em relação à sua cor, define-se como preta e indígena. Vive um relacionamento estável há oito anos, que classifica como juntada. Não tem filhos. Em relação à sua ocupação, considera-se aprendiz de profissional do sexo. Na cena sexual em que se percebeu exposta ao HIV, estava atendendo um cliente.

7. Simone (São Paulo): com 27 anos, se considera de cor indefinida. Quanto à religião, é evangélica e espírita, mas considera que o mais importante é o significado que Deus tem para ela. Tem uma filha de sete anos que mora com ela. Profissionalmente, se apresenta como garota de programa. É estudante de nível superior em Segurança no Trabalho. Na época da exposição, assim como na da entrevista, não estava envolvida em relacionamento estável. Na cena sexual em que se percebeu exposta ao HIV, estava atendendo um cliente.

8. Judith (São Paulo): com 32 anos, se define como branca, católica não praticante e heterossexual. Quando foi entrevistada, estava começando uma relação afetiva com um novo parceiro. Não tem filhos. É tecnóloga em gestão empresarial, mas atualmente trabalha como garota de programa. Na cena sexual que a levou a buscar a PEP, estava atendendo um cliente.

9. Flora (São Paulo): com 32 anos, se define como branca, heterossexual e evangélica praticante. Trabalha como enfermeira. É casada há sete anos. Não tem filhos. Na cena sexual em que se percebeu exposta ao HIV, estava com seu marido, que tinha descoberto ser soropositivo poucos meses antes.

10. Eleonora (Curitiba): com 38 anos, define-se como parda, heterossexual e católica praticante. Trabalha como professora. Tem um filho que mora com ela, de um casamento que terminou. Não estava envolvida em relacionamento afetivo estável quando a exposição aconteceu nem no momento da entrevista. Na cena sexual que a levou a buscar a PEP, estava com um amigo soropositivo.

11. Rosa (São Paulo): com 39 anos, se define como branca e heterossexual. Considera que não tem nenhuma religião, apesar de ter sido batizada como católica. Namora o ex-marido, com quem tem dois filhos. As crianças, de dois e seis anos, moram com uma tia-avó paterna. Profissionalmente, se apresenta como garota de programa. Na cena sexual que a levou a busca a PEP estava atendendo um cliente.

12. Bethânia (Ribeirão Preto): com 41 anos, se define como branca, heterossexual e evangélica praticante. Trabalha como atendente em uma loja. Tem três filhos de relacionamentos que já acabaram. O mais novo, de três anos, mora com ela. Na época da exposição, estava namorando, mas o relacionamento acabou dias antes da entrevista. Sua busca pela PEP não foi motivada por uma cena sexual específica, mas pela descoberta de que seu namorado era soropositivo

13. Manuela (Porto Alegre): com 42 anos, se define como heterossexual e amarela. Em relação à religião, refere acreditar em Deus e simpatizar com o espiritismo, a nação e o candomblé. Trabalha como cabeleireira autônoma, em seu salão próprio. Tem três filhos de relacionamentos que já acabaram. O menor, de três anos, mora com ela. Estava namorando quando ocorreu a exposição e foi com este parceiro, que era soropositivo, que estava na cena que a levaria à PEP. O relacionamento acabou dias antes da realização da entrevista.

14. Regina (Curitiba): com 46 anos, se define como heterossexual, branca e católica praticante. Trabalha como faxineira diarista, em casas variadas. Foi casada e tem dois filhos adultos, que são casados e não moram mais com ela. No momento da entrevista, tinha um companheiro fixo havia cerca de um ano, que era soropositivo. Era com ele que estava na cena sexual que a levou a buscar a PEP.

15. Adriane (Fortaleza): com 46 anos, se define como heterossexual e refere frequentar cultos de várias religiões - evangélica, umbanda e católica. Trabalha como profissional de saúde. Não estava envolvida em relacionamentos

estáveis na época da exposição nem na da entrevista. Na cena em que foi exposta, estava com um amigo soropositivo.

16. Bertha (Ribeirão Preto): com 47 anos, se define como branca e zen budista praticante. Só se relacionou sexualmente com homens, mas considera que todas as pessoas são bissexuais. Tem nível superior incompleto em pedagogia. Profissionalmente, se define como pequena empreendedora e tem um negócio próprio como depiladora. Tem duas filhas adultas, de diferentes casamentos, que moram com ela. Não estava envolvida em nenhum relacionamento afetivo estável quando foi entrevistada. Na cena em que se percebeu exposta estava com um parceiro casual, de quem ela não sabia a sorologia.

17. Beatriz (São Paulo): a entrevista de Beatriz aconteceu de maneira excepcional. Ela e o parceiro estavam juntos no serviço de saúde e, quando foram abordados pela equipe da pesquisa, ambos aceitaram ser entrevistados. No início da entrevista, quando eram coletados os dados sociodemográficos, decidiram que o parceiro era quem responderia às questões e, por isso, não foram registradas a idade, a cor e a religião de Beatriz, mas apenas de seu parceiro. Porém, como ao longo da entrevista eles esclareceram que apenas ela fez uso da PEP, as perguntas passaram a ser direcionadas a ela. Beatriz é vendedora de móveis planejados. Estava namorando havia dois meses e tem dois filhos que vivem com ela, ambos de um relacionamento anterior. Sua busca pela PEP não foi motivada por uma cena sexual específica, mas pela descoberta de que seu namorado era soropositivo

Tabela 3: Caracterização das mulheres entrevistadas

Nome	Idade	Cor	Religião	Trabalho	Filhos	Sítio
Virgínia	21	Parda	Católica praticante	Estudante	Não	Fortaleza
Ângela	22	Negra	Evangélica não praticante	Caixa	Não	Ribeirão Preto
Leila	23	Branca	S/I	Prof.do sexo e vendedora	Sim	Ribeirão Preto
Karina	23	Branca	Kardecista	Estudante	Não	Curitiba
Patrícia	25	S/I	Católica praticante	Profissional do Sexo	Sim	Curitiba
Simone	27	Não definiu	Várias	Prof. do Sexo e estudante	Sim	São Paulo
Joana	27	Preta e indígena	Católica não praticante	Profissional do Sexo	Não	São Paulo
Flora	32	Branca	Evangélica praticante	Enfermeira	Não	São Paulo
Judith	32	Branca	Católica não praticante	Prof. do Sexo	Não	São Paulo
Eleonora	38	Parda	Católica praticante	Professora	Sim	Curitiba
Rosa	39	Branca	Não	Profissional do Sexo	Sim	São Paulo
Bethânia	41	Branca	Evangélica praticante	Atendente de loja	Sim	Ribeirão Preto
Ana Flávia	42	Amarela	Várias	Cabeleireira autônoma	Sim	Porto Alegre
Regina	46	Branca	Católica praticante	Diarista	Sim	Curitiba
Adriane	46	S/I	Várias	Profissional de Saúde	S/I	Fortaleza
Bertha	47	Branca	Zen Budista praticante	Depiladora autônoma	Sim	Ribeirão Preto
Beatriz	S/I	S/I	S/I	Vendedora de móveis	Sim	São Paulo

S/I=Sem informação

4.1.2. Sexualidade e Prevenção estruturadas por diferentes cenários na vida cotidiana

4.1.2.1. Relacionamentos afetivo-sexuais e reprodução

Todas as entrevistadas se relacionavam sexualmente com homens, como era previsível em um grupo de mulheres que buscam PEP sexual. Leila declarou-se bissexual e Bertha acredita que todas as pessoas são bissexuais, razão pela qual não descarta a possibilidade de se relacionar sexual e afetivamente com mulheres, embora nunca o tenha feito.

Todas tinham tido experiências de relacionamentos afetivo-sexuais estáveis, que nomeavam de maneiras diversas, assim como definiam diversamente a noção de estabilidade. Entre as que tinham relacionamento estável no momento da entrevista, Rosa declarou estar namorando o ex-marido. Flora classificou-se como casada e Joana, como juntada. Regina declarou viver com o companheiro. Manuela disse que era um namoro, mas que eles moravam juntos. Ângela e Virgínia tinham um ficante fixo. Ângela classificou o seu como um relacionamento aberto, sendo assim a única das entrevistadas que tinha uma relação estável com um acordo explícito de não-monogamia, tanto da parte dela quanto do parceiro.

Flora, 32 anos e casada há sete, e Virgínia, 21 anos, solteira, tinham tido experiências sexuais com apenas um parceiro cada.

O sexo casual também compunha os cenários sexuais do grupo, mas, novamente, com variações importantes entre as mulheres. Enquanto Eleonora, Regina e Simone ficavam longos períodos sem se relacionar sexualmente e tinham tido poucos parceiros na vida, Judith, Rosa, Ângela, Karina e Adriane tinham parceiros casuais variados. Bertha, por sua vez, teve muitos parceiros na juventude, mas tinha poucas relações quando foi entrevistada, aos 47 anos, o que ela atribuía à diminuição da libido por causa da idade.

A maternidade é uma experiência comum no grupo, assim como a responsabilidade exclusiva pelo cuidado dos filhos: Leila, Patrícia, Eleonora, Rosa, Bethânia, Manuela, Regina, Bertha e Beatriz são mães e nenhuma delas mora nem se relacionava afetivamente com os pais de seus filhos. Simone relatou que o pai da filha

dela não assumiu a paternidade. À exceção de Rosa, todas as que têm filhos pequenos - Patrícia, Simone, Leila, Beatriz, Manuela e Bethânia -, são as principais responsáveis pelas crianças, que moram com elas. Os filhos de Rosa são criados por uma tia-avó paterna deles. Gestações não planejadas foram relatadas por Patrícia, Simone e Bethânia. Apenas Simone relatou uma tentativa de aborto.

4.1.2.2. Usos do preservativo para a prevenção do HIV nos diferentes cenários culturais

No plano discursivo, o preservativo masculino foi reconhecido pelas entrevistadas como a principal forma de prevenção do HIV e de outras IST:

"É o que eu sempre aconselho todo mundo, né? Sempre transar com camisinha. Pode ser homem ou mulher, homossexual ou não, mas é transar sempre com camisinha. (Adriane, 46 anos)

"É aquilo que te falei, eu sempre procuro usar o preservativo, é consciência, necessidade, hoje é, faz parte da relação sexual, se não tiver preservativo não tenho porquê, não é só o HIV que está aí, são 'n' doenças que podem te contaminar, entende? /.../ Pessoas idosas aí acima de sessenta anos com DST, com HIV, está aí, aumentou a estatística, que aumentou muito entre jovens e pessoas da terceira idade, porquê? 'Ah eu vou comer ali o velhinho porque ele não tem nenhum DST, não tem HIV'. Tu não sabe, usa camisinha". (Manuela, 42 anos)

"Aquela coisa que sempre, como se fala na mídia e tudo, usar preservativo mesmo que seja parceiro, seja casado. Assim, essa coisa". (Flora, 32 anos)

De maneira coerente com este conhecimento, o preservativo masculino foi o principal método preventivo que adotaram nas suas relações sexuais no ano anterior à entrevista. Foi o caso de Eleonora, Bethânia, Flora, Judith, Rosa, Ângela, Karina, Patrícia, Regina, Virgínia, Manuela, Joana e Simone.

Contudo, o aprofundamento da investigação mostrou que os motivos e as maneiras de usar o preservativo variavam em função das cenas e cenários em que aconteciam. Corroborando o que é consistentemente mostrado em estudos com mulheres no Brasil, o uso do preservativo foi mais associado aos cenários de sexo casual e comercial do que aos cenários de relacionamentos estáveis. Como visto, a estabilidade não necessariamente significou relações de longa duração - no caso de Virgínia, foi definida em poucas semanas - e também incluiu relações que não

implicavam pacto de monogamia, como no caso de Ângela. Assim, menos do que um certa tipologia universal de parceria, a ideia de uma relação "estabilizada" dependia dos sentidos atribuídos pelas mulheres às relações que, conseqüentemente, se desdobraram em sentidos para as cenas e para prevenção. Confiança, intimidade, prazer e amor foram os principais sentidos atribuídos ao não uso de preservativo em relacionamentos classificados como estáveis:

"É que, assim, com o namorado, a gente acaba não transando com camisinha. Porque você gosta da pessoa, aí você acaba confiando. Você faz por amor, por prazer, entendeu?". (Judith, 32 anos)

"Eu confiava nele [ex-namorado], então não tinha esse risco de traição. E a gente já tinha feito exames antes, a gente, né? Todo ano a gente fazia, então, esse... Esse risco... Pelo menos pra mim, assim, eu não sentia isso como uma ameaça". (Karina, 23 anos)

O sentimento de confiança não necessariamente significa uma aposta na monogamia do parceiro ou mesmo na própria. Por vezes, a confiança reside no acordo de que a camisinha será usada em eventuais relações sexuais com outras pessoas. Este acordo apareceu de forma explícita na experiência de Ângela, mas também de forma implícita, como nas histórias de Judith e Simone:

"Eu descobri que meu namorado engravidou uma menina. Aí eu fiquei com medo dele ter alguma coisa. Porque eu achei que a gente não transava com ninguém sem camisinha. Ou seja, que se ele pulasse a cerca era com camisinha. Eu era inocente, achei isso, né? Aí, como ele engravidou a menina lá, eu achei, 'meu, e se ele transou com Deus e o mundo sem camisinha?'" (Judith, 32 anos)

"Já tive casos de ex-namorados que depois eu fiquei sabendo que ele transou sem camisinha com a menina que dava pra todo mundo do bairro. E eu também transei com ele sem camisinha, então... Eu não sabia que ele era capaz de fazer isso. Era uma pessoa que eu já tava há dois anos". (Joana, 27 anos)

"Assim, como eu posso explicar? Tem uma pessoa que eu gosto de ficar fixo. A gente não usa. Eu com outros, vamos supor assim - você deve achar meio estranho esse tipo de relacionamento de... [risos] -, mas eu com outros uso, ele com outras usa. A gente tem uma confiança". (Ângela, 22 anos)

Nas cenas de relações casuais, o uso do preservativo apareceu como algo que deve ser feito, que é legítimo, o que explica, também, que seja usado no início dos

relacionamentos e abandonado na medida em que eles se tornam estáveis. Patrícia, Joana, Karina e Eleonora, que só tiveram encontros casuais no ano anterior à entrevista, relataram ter se relacionado com uso de preservativo em todas as relações sexuais no período.

Além delas, Virgínia e Manuela, que tiveram relacionamentos estáveis, também relataram uso em todas as relações no último ano, porém o que gerou essa mudança na dinâmica de suas cenas sexuais com parceiros estáveis foi o fato de saberem que seus parceiros eram homens que viviam com HIV. Virgínia conta, porém, que, se não soubesse do status sorológico dele, que era o primeiro parceiro sexual que ela tinha na vida, provavelmente teria aberto mão do preservativo ao longo do relacionamento, mesmo este sendo o único método contraceptivo que adotava.

Nos cenários de trabalho sexual, o uso do preservativo foi relatado como consistente por todas as profissionais do sexo entrevistadas. Contudo, nesses cenários a negociação sexual aparece como um processo que acontece ao longo de toda a interação com os clientes e que é marcada pelas tentativas deles de ultrapassar os limites estabelecidos pelas profissionais, que precisam desenvolver estratégias de resistência frente a isso. É um processo que envolve não apenas a negociação da camisinha, mas do conjunto das condições sob as quais acontecerá o programa, especialmente dos limites para os tipos de contato físico que elas aceitam ou não:

"Uns engraçadinhos que, às vezes, falam assim: 'Ah, deixa eu por a cabecinha?', faz umas brincadeirinhas assim. Eu falo: 'Não, amor, não pode, né?', toda aquela conversinha, aquele psicológico". (Simone, 27 anos)

"Tem cliente folgado que quer meter o dedo no seu cu, na sua periquita... Pode ter alguma coisa da unha dele. [Eu falo]: 'Coloca camisinha no seu dedo', não querem, não. Eles são folgados, não querem nada. Quer meter o dedo mesmo. Ah, tem uns que quer tanta coisa. Outros quer ficar roçando, passando. Eu: 'Meu amigo, isso não é pra ficar passando, não. Amigo, não é pra ficar roçando, não [ambas riem]. Vamos meter a camisinha logo, porque não é pra ficar roçando, não'. Os clientes são muito folgados. Tem que ter paciência". (Judith, 32 anos)

"Eles não concordam muito [com a camisinha], noventa por cento não. Tem que ser na marra, senão... [Falam que é] porque aperta, porque incomoda, porque o pensamento... porque a cabeça pesa e broxa, por causa de várias coisas. /.../ A gente vem com a conversinha, né? 'É bom pra você, sua saúde'. /.../ Às

vezes tem que por e não deixar eles verem, entendeu?".
(Patrícia, 25 anos)

Nas casas onde trabalham Simone e Judith, a negociação começa na escolha da profissional pelo cliente, que é feita, inicialmente, a partir da exibição das mulheres. Uma vez escolhida aquela ou aquelas que mais o agradam, passa-se para uma conversa sobre o que cada profissional faz ou não em seus atendimentos:

"As meninas se apresentam. /.../. Faz uma 'filinha' de mulher, umas vinte, às vezes. Aí apresenta. /.../ Se ele gostou de mim ou gostou da outra, ele chama pra uma conversa particular. Porque, pra eles, eles não querem pagar uma menina fresca. Pra eles a menina fresca é uma menina que não aceita dedo, menina que não aceita roçar, menina que não aceita beijar. É menina fresca".
(Judith, 32 anos)

"Aí vai o cliente, a gente se apresenta e depois todo mundo sai e vai uma pessoa lá e pergunta se ele gostou de alguém.'Ah, gostei da Fulana'. Aí, vai eu. Aí, muitos perguntam: 'O que que você faz?', antes de ir pro quarto. 'Você é liberal?'. Eu: 'Depende do liberal. Eu não faço nada sem camisinha'. /.../ 'Ah, você beija?'. 'Depende, né? Se tiver com a boquinha limpa até a gente pensa'". (Simone, 27 anos)

A conversa entre profissional e cliente não só esclarece se ela faz as práticas que o cliente gostaria, mas também o quanto ela concederia em termos de proteção. Judith explica o ponto de vista dos clientes, que querem tirar o máximo proveito das relações pelas quais estão pagando, ao mesmo tempo em que conta que as necessidades financeiras em um mercado altamente concorrido podem contribuir para que as profissionais concedam práticas que elas não gostariam por perceberem como arriscadas:

"Eles querem investir o dinheiro deles numa menina que vai aceitar um monte de coisa pra ele saber que o dinheiro dele foi bem utilizado, senão ele está jogando dinheiro no lixo. Aí, vai fazer a entrevista, uma a uma. Aí, vai cada um da sua necessidade e da sua consciência, né? Se você é consciente que fazer 'isso, isso e isso' vai [te] prejudicar, não faz. Assim, tem umas que até sabem que vai prejudicar, mas o dinheiro fala mais alto porque o ramo, também, de garota não está fácil. A crise está... E é muito puteiro, tem muito puteiro e muita mulher! E as meninas tudo novinha, filha! Tudo novinha, tudo se prostituindo /.../ tem menina de dezoito, dezenove, vinte [anos]". (Judith, 32 anos)

A oferta de pagamento extra para relações sem camisinha é uma prática comum entre os clientes e foi relatada por todas as profissionais do sexo entrevistadas. Todas disseram não aceitar essas ofertas quando o que está em questão é praticar sexo vaginal ou anal sem camisinha:

"Olha, tem uns engraçadinhos que falam assim: 'Ah, eu te dou cem, duzentos reais só pra por a cabecinha'. Aí, eu: 'Não'". (Simone, 27 anos)

"Ele está pagando pra transar com camisinha, ele não está pagando pra transar sem camisinha. E se ele vier com a história de querer transar sem camisinha, alguma coisa tem." (Judith, 32 anos)

"Sim, eles oferecem mais dinheiro pra fazer sem. [Eu] com certeza não, né? Nunca /.../. [Eles falam] que é muito mais gostoso, que couro no couro é melhor, essas conversinhas de homem. E aí você... você fala 'não' /.../ Olha que você escuta cada coisa pra te convencerem que só por Deus, hein? Até jura de amor! Tem que ter a cabecinha boa, senão cai". (Patrícia, 25 anos, Curitiba)

Judith e Simone contam que podem aceitar fazer outras práticas, como o sexo oral sem camisinha, e que isso pode acontecer mais facilmente em momentos em que estejam precisando de dinheiro. Outro elemento da cena que pode contribuir para que algumas profissionais cedam às propostas de sexo sem camisinha é a intimidade com o cliente. Clientes fixos, aqueles que elas atendem com certa regularidade, podem se beneficiar de algumas concessões, similarmente ao que acontece em outros cenários valorizados pela intimidade, como o das relações estáveis:

"Do tempo que eu estou lá, eu acho que umas duas, três vezes que eu fiz [sexo oral sem camisinha], porque já era cliente, assim, que já tava direto saindo comigo. Aí, falou: 'Ah, faz. Te dou uma caixinha'. Pega um dia que você está meio dura, você fala 'Putá, meu!'. Aí, está tudo limpinho, então dá pra confiar, porque é um cliente que eu já saio, já sei mais ou menos a frequência deles". (Simone, 27 anos)

"Eu evito ao máximo dedo na periquita, ficar roçando, tudo isso eu evito. Mas não vou negar, tem dia que tá apertado, o cliente faz uma entrevista lá na sala: 'Ah, mas você deixa fazer isso? Você deixa fazer aquilo?'. Se você disser que não deixa fazer nada, ele vai escolher uma menina que faça. E se você não faz, tem uma que faz". (Judith, 32 anos)

"Eu acho que faz alguma diferença [ser cliente conhecido]. Tipo, o sexo oral sem camisinha, quando já é um cliente mais conhecido, né? É mais tranquilo". (Joana, 27 anos)

"Às vezes, você faz coisas com esse [cliente fixo] que você não vai fazer com aquele. Esse você já conhece há mais tempo, você beija na boca, você vai deixar ele chupar e um que chegou agora você fica meio assim. /.../ [Quando é cliente antigo] aí que pedem mesmo [para fazer sexo sem camisinha]. Que a gente já tá há muito tempo junto, a gente pode fazer, né? Já é quase namorado". (Rosa, 39 anos)

Quando, nesses cenários, a interação envolve outras profissionais em programas conjuntos, isso implica negociações também entre as próprias mulheres, a fim de evitar situações problemáticas durante o atendimento:

"Eu já combino com a menina antes: 'ó, é assim, assim, assim. Concorda? Vambora. Se não, não'. Porque tem meninas que vão pro quarto em duas, uma faz sexo oral sem, a outra com. Então, tipo, ou é todo mundo igual ou não é nada. Porque senão o cara vai querer a mesma coisa que a outra tá fazendo. E daí? Você vai dizer o que daí? Daí não tem muito o que dizer, né?". (Patrícia, 25 anos)

4.1.2.3. Sentir-se protegida em qualquer cenário: a aids como uma realidade distante do cotidiano de (certas) mulheres

A camisinha não fazia parte das cenas sexuais de Beatriz, Bertha e Flora. Embora elas conhecessem o preservativo e soubessem de sua importância como método preventivo do HIV e de outras DST, por diferentes razões elas não acreditavam que haveria risco no modo como significavam o cenário sexual que estruturava suas cenas. No caso de Flora, ter tido apenas um parceiro sexual, seu marido, confiar na monogamia dele e usar contracepção hormonal eram os motivos que a faziam interpretar estar em um cenário protegido e significar a cena sem preservativo como não problemática:

"Eu achava que não tinha necessidade [de usar preservativo]. Mas, assim, porque eu confiava, né? Então achava que não tinha necessidade, né? Assim, na minha cabeça, preservativo era só pra evitar, por exemplo, se não utilizasse algum método contraceptivo, né? Utilizaria o preservativo. Mas na minha cabeça era assim, né?". (Flora, 32 anos)

Beatriz e Bertha também viam a aids como algo que jamais lhes afetaria, mesmo ambas tendo tido mais parceiros ao longo da vida, e Bertha atribuía seu comportamento ao fato de ter iniciado sua vida sexual antes da existência da aids:

"Sempre confiava. /.../ Porque a gente acredita que nunca vai acontecer com a gente". (Beatriz, idade não informada)

"Hoje eu me cuido, mas eu tive comportamento de risco a vida inteira. Quando eu era moça eu tinha comportamento de risco, né? Nunca tomei conta direito na juventude. Agora, depois que eu casei, tudo, que separei, passei a cuidar. Mas antes eu não cuidava. /.../Eu acho [também que é] porque eu perdi a virgindade numa época um pouco antes de chegar a aids. /.../ Era uma época que ninguém se cuidava, mesmo quando começou o HIV muita gente não se cuidava. Eu acho com que o pessoal da minha geração não era tão falado isso. Hoje a criança nasce escutando 'tem que usar camisinha, tem que usar camisinha', até entrar isso na cabeça, né?". (Bertha, 47 anos)

A interpretação da aids como uma realidade que não as afetava pessoalmente foi trazida também por mulheres que usavam camisinha em suas relações sexuais, caso de Regina, Eleonora, Virgínia e Manuela.

O sentido da camisinha mudou para aquelas que, em algum momento de suas relações, vieram a descobrir que seus parceiros eram soropositivos. Para todas elas, a revelação da soropositividade deles foi uma surpresa e, em alguns casos, um choque. A condição de mulheres envolvidas em relações sorodiferentes mudou o sentido que atribuíam à camisinha nos relacionamentos estáveis e suas cenas sexuais cotidianas assumiram novas dinâmicas:

"Então, [preservativo]pra mim era mais essa questão de prevenir uma gravidez se não utilizasse o método contraceptivo. [Agora] mudou. Hoje é preventivo. Hoje, pra mim, é preventivo". (Flora, 32 anos)

"Bom, depois de tudo isso que aconteceu eu fico bem mais consciente. Mudou com certeza. Eu não via, assim... como eu te disse, como essa doença, digamos, não era presente na minha vida, eu não conhecia ninguém que tinha, meu conhecimento sobre ela era quase zero e aquela coisa, você nunca acha que vai acontecer com você. Então, não era uma coisa que 'nossa, eu tenho que usar preservativo pra evitar doença'. Não, eu não pensava nisso, eu... Sei lá, o fato de confiar na outra pessoa, não sei. Não tinha essa... essa mentalidade. E agora mudou". (Virgínia, 21 anos)

Diferentemente, Judith, Rosa, Patrícia e Joana, todas profissionais do sexo, além de Adriane, profissional de saúde, declararam perceber o risco de se infectar pelo HIV como uma possibilidade concreta em suas vidas, baseadas em situações pelas quais passaram (como a descoberta de relações extraconjugais de seus parceiros fixos), nas experiências de pessoas próximas (amigos e familiares vivendo com HIV) ou em seus próprios comportamentos:

"Como eu falo, tá cada vez mais aí aparecendo, então tem aumentado. Ah, cê não sabe quem é quem, como a pessoa se cuida. Então é sempre perigoso, mesmo que seja, todo mundo fala assim, um cara bonito, cheio de saúde, parece ter saúde, mas você não sabe o que ele faz na relação sexual dele com outras pessoas, né? /.../ Você pode pegar de qualquer pessoa, até de uma pessoa que você esteja há muito tempo junto". (Joana, 27 anos)

"Isso aí que me aconteceu foi um... assim, eu não esperava, mas aconteceu, né? Com qualquer pessoa pode acontecer. Nós estamos expostos a tudo porque... como é que se diz? A gente não sabe quem tem a doença, né? (Adriane, 46 anos)

4.1.2.4. "Eu estava realmente muito bêbada": o uso do álcool alterando a dinâmica das cenas

Em todos os cenários, o uso do álcool - pelas mulheres, pelos parceiros ou por ambos - apareceu como um elemento que altera a dinâmica das cenas, interferindo nas decisões de como e com quem se relacionar, assim como no uso de métodos preventivos, como mostram as experiências de Judith, Rosa, Ângela, Karina, Adriane, Leila e Simone:

"Se eu tivesse normal, eu ia usar preservativo. Acho que não ia nem ficar com ele, se tivesse normal. Eu tava realmente muito bêbada. ". (Ângela, 22 anos)

"Você vai pra baladinha, às vezes acaba bebendo uns gorozinho, o cara vai te dar uma carona, fica nos amassos. Quando vai ver, já transou foi sem camisinha, entendeu? Nem gozando fora. Às vezes, num mês você transa com dois sem camisinha. Acontece". (Judith, 32 anos)

"Se eu não cair na real, tipo, parar de beber mesmo... Porque se eu beber, seja... Não tô falando nem de privê. Tô falando no forró, tô falando conhecer um cara num barzinho, bebendo com

o homem, de lá eu vou e de lá eu faço sem [camisinha]. Como eu já fiz muitas vezes. Milhares de milhares. /.../ [No trabalho], se eu não beber, a camisinha está certa. Com o cliente, mesmo se ele oferecer dinheiro eu não vou querer. Agora se eu beber, não precisa nem me oferecer o dinheiro". (Rosa, 39 anos)

4.1.2.5. Combinando cuidados: contracepção e prevenção do HIV

Compreender como as mulheres lidam com a prevenção do HIV implica compreender também as práticas contraceptivas que adotam. Por um lado, o preservativo pode ser o método contraceptivo de escolha delas, cumprindo, assim, dupla função protetora. Por outro, a escolha de outros métodos pode interferir na decisão de uso da camisinha.

Diferentemente do observado em relação à prevenção do HIV, a escolha dos métodos contraceptivos não foi relacionada aos tipos de cenários. Isso faz sentido se considerarmos que a ocorrência de uma gravidez é um evento muito mais provável que o HIV e que pressupor, em todos os cenários, que os parceiros são férteis não se traduz em um julgamento moral como acontece com pressuposição de que eles pudessem ter HIV.

Bethânia, Judith, Eleonora, Rosa, Ângela e Flora disseram que o preservativo cumpria para elas dupla função protetora. No entanto, os usos que faziam do preservativo como contraceptivo era falho. Bethânia engravidou do terceiro filho no início de uma relação afetiva e tinha relações desprotegidas com frequência com o parceiro mais recente, até saber que ele era soropositivo. Rosa, Judith e Ângela tinham dificuldade em manter o uso do preservativo sob efeito de álcool ou dispensavam o uso conforme os acordos que tinham nas relações estáveis. Rosa, porém, comenta não se preocupar com o risco de gravidez porque acredita que tem dificuldade para engravidar. Já Judith tinha muito medo de engravidar, mas tinha dificuldade de tolerar os efeitos adversos dos métodos hormonais que já tinha experimentado e por isso praticou, durante anos, o coito interrompido. Sua preocupação aumentou, porém, após o acidente que a levou à PEP. Com medo de engravidar de algum cliente, ela passou a usar contracepção hormonal injetável. Ângela também não tolerava os efeitos adversos dos métodos hormonais e continuou investindo apenas na camisinha, mesmo após a PEP:

"[Contraceptivo] só a camisinha, né? Que não é cem por cento, da gravidez não é. Mas eu já coloquei na minha cabeça que eu sou difícil de engravidar e eu não tomo nada. /.../ Porque eu tenho dois miomas e um cisto e meu filho foi muita luta pra engravidar deles". (Rosa, 39 anos)

"Anticoncepcional eu não posso, por isso que eu não uso. Porque, tipo assim, toda vez que eu começo usar algum anticoncepcional me dá um efeito colateral forte. Eu fico muito enjoada, eu fico muito fraca. Eu tomo, pioro". (Ângela, 22 anos)

"Os meus namorados sempre gozavam fora. Nunca gozaram dentro, nunca, era sempre fora. E, assim, eu cheguei a tomar algumas vezes comprimido, cheguei a tomar injeção. Só que em alguns meses começava a inchar, ficar gigantesca. Aí eu parava de tomar pra desinchar. E ficava só no fora mesmo. /.../ Agora eu estou tomando injeção. Eu achei que só camisinha já tava tudo resolvido, doença e gravidez e tudo". (Judith, 32 anos)

De outro lado, Eleonora e Flora reportaram uso consistente do preservativo. Porém, enquanto Eleonora usava também contraceptivo hormonal e reconhecia a camisinha como complementar nesta função, Flora tinha decidido abandonar o anticoncepcional após a descoberta da soropositividade de seu marido por entender que era desnecessária a dupla proteção.

"[Eu tomo pílula] porque pode acontecer de estourar [o preservativo], nunca se sabe, que é o que aconteceu comigo, né?". (Eleonora, 38 anos)

Para Karina, Patrícia, Joana, Simone, Manuela, Regina e Beatriz, o uso do preservativo não tinha finalidade contraceptiva, embora soubessem que ele também têm essa função. As quatro primeiras eram usuárias de contracepção hormonal, enquanto as demais, todas com pelo menos dois filhos e duas delas com mais de quarenta anos, haviam optado pela laqueadura de trompas.

De maneira geral, as mulheres não associaram o uso de outros contraceptivos com deixar de usar camisinha, alegando que o uso dos métodos tem finalidades distintas - adotam métodos que percebem como mais eficazes para garantir que não ocorrerão gestações indesejadas e o preservativo para evitar doenças:

"Eu tenho laqueadura, eu não vou engravidar. Eu tenho medo do esperma por causa da contaminação". (Manuela, 42 anos)

"[Tomar o anticoncepcional] não, não interfere de forma nenhuma [no uso do preservativo]. Ele não me engana, não!

Imagina, eu engravidei tomando anticoncepcional. Se a gravidez que é a gravidez não segurou, você imagina o resto né? /.../ Tanto é que mesmo eu tomando anticoncepcional eu vou tomar pílula do dia seguinte hoje por ter acontecido isso. Pensou? Mês que vem uma cruzinha? Deus o livre!" (Patrícia, 25 anos)

Karina foi a única mulher que comentou que a escolha pela contracepção hormonal impactava na decisão de não usar camisinha:

"Eu acredito que se não existisse anticoncepcional, as pessoas iam usar muito mais camisinha. /.../ [Eu usaria] porque aí eu teria medo de engravidar. Tipo, engravidar atrapalharia meus planos. Não que, né, pegar uma doença não atrapalharia, mas [a preocupação maior] era com a gravidez". (Karina, 23 anos)

No caso de Simone, a preocupação com a contracepção não afetou o uso do preservativo, mas sim da PEP. Ela conta que interrompeu o uso da profilaxia por uma semana por temer que os medicamentos interferissem na eficácia do anticoncepcional:

"Teve uma semana que eu fiquei sem tomar. Porque eu fiquei com medo de atrapalhar meu anticoncepcional. Porque falei assim, o medicamento é muito forte. Falei: "-Será que vai atrapalhar o meu anticoncepcional?" Aí, até falei pra doutora, né? Aí, depois, eu voltei [a tomar a PEP] porque eu fiquei com a consciência pesada". (Simone, 27 anos)

4.1.2.6. Combinando métodos para se prevenir do HIV no cotidiano:

testagem, abstinência, escolha de práticas, duchas e chás

A investigação permitiu identificar um conjunto de outras práticas, além do preservativo masculino, que algumas entrevistadas adotavam com a intenção de se prevenir do HIV e de outras IST.

Fazer o teste anti-HIV apareceu com destaque como método que permite que o preservativo seja dispensado com maior segurança nos cenários de relacionamentos estáveis. Karina, Bethânia e Beatriz já tinham usado a testagem mútua como método preventivo:

"Eu namorava cinco anos uma pessoa e a gente tinha feito teste no começo e, assim, todo ano a gente repetia esses testes /.../. A gente já era acostumado a doar sangue, daí os dois doavam. E nessas também você acaba sabendo se tem alguma coisa ou não tem. /.../ [Com meu namorado atual] a gente ainda usa camisinha até eu terminar [a PEP]. Ele tinha comentado de fazer

sem camisinha e tal, falei 'não, só depois que a gente fizer teste". (Karina, 23 anos)

"Com o pai do meu filho, na verdade, assim, eu engravidei muito rápido. Então, logo que eu engravidei, eu já fiz [o teste de HIV] e pedi pra ele fazer também". (Bethânia, 41 anos)

Judith e Eleonora planejavam usar a testagem mútua, depois de terem passado por experiências que as alertaram para o risco de se infectar:

"Eu sugeri isso pro cara que eu tô ficando, agora, tô conhecendo. Sugeri ele pra fazer esses exames. Porque o meu tá aqui, né? /.../ Já botei quente nele pra fazer os exames pra eu ver". (Judith, 32 anos)

"Eu não sei nem como falar pra pessoa [risos], mas tem que fazer um teste de HIV pra ver se ela não tem, sinceramente. Hoje tem. Na minha cabeça, se for pra se relacionar sem [camisinha], vai ter que fazer o exame. Sinceramente. Eu não vou ter vergonha de pedir. Se me perguntarem por que eu vou falar: 'Porque sim, porque eu não sei com quem você andou'". (Eleonora, 38 anos)

Bethânia também recorreu à testagem no relacionamento seguinte. Porém, ela não chegou a ver o resultado do exame do parceiro; ela confiou, pelas informações que ele relatara ter recebido do médico e por ele não ter sido posteriormente contatado pelo serviço de saúde, que o resultado seria negativo.

Todas as profissionais do sexo entrevistadas - Leila, Joana, Judith, Rosa, Patrícia e Simone - testavam-se com frequência, mas não necessariamente sugeriam aos parceiros que se testassem para dispensar o uso da camisinha.

"[Faço teste anti-HIV] no meu bairro. Lá tem um posto, então eu faço exame de sangue a cada seis meses e papanicolau uma vez no ano". (Leila, 23 anos)

"[Faço teste] direto. Direto eu tô fazendo bagunça. /.../ Acho que o pessoal da [nome do serviço] nem aguenta mais eu lá, todo dia eu lá tirando sangue [risos]". (Rosa, 39 anos)

Joana comenta que poderia fazer programa sem preservativo, caso o cliente tivesse o resultado do teste anti-HIV em mãos, mas que isso nunca aconteceu:

"Só se ele tiver o exame na hora, aí [poderia fazer sem camisinha]. Mas sempre quando oferece [pagamento maior], nunca tem o exame na hora". (Joana, 27 anos)

Já Rosa conta que, embora em seu relacionamento estável tenha liberdade para conversar sobre DST, no trabalho não pode pedir resultado de exames para os clientes, sob o risco de ser agredida ou de perder o pagamento pelo programa:

"Ixe, pode não. Eles batem na gente [risos]. Eles não aceitam. Eles falam assim: 'Você acha que eu tô doente?'. Já vai pegar o dinheiro de volta. O meu namorado, o pai dos meus filho, é normal. Ele, se eu falar, ele vai fazer exame comigo. Igual quando a sífilis atacou nele, ele mostrou um monte de ferida e eu levei ele [ao serviço de saúde]. Ele é jogo aberto, mas os clientes não aceitam, não". (Rosa, 39 anos)

A abstinência e a redução do número de parceiros aparecem também como formas de proteção, ainda que nem sempre intencional. Virgínia e Flora tinham tido apenas um parceiro sexual. Eleonora, Regina, Simone e Bertha enfatizaram que tinham poucos parceiros e que ficavam longos períodos sem ter relações sexuais, embora apenas Regina o fizesse com a intenção de evitar doenças:

"Eu não saio. Eu não sou muito namoradeira, assim. Eu não sou de sair. /.../ Mas minha abstinência não tem a ver com evitar o HIV. Minha abstinência é por que eu já tô cansada. Eu tenho 47 anos, já vai diminuindo a libido, né?". (Bertha, 47 anos)

"Eu sou uma pessoa, assim, que fazia cinco anos que eu tava sozinha e eu nem namorado tinha porque eu tinha muito medo, muito medo, assim, de pegar qualquer tipo de doença, de andar com qualquer um". (Regina, 46 anos)

As entrevistadas reconhecem uma gradação de riscos entre os tipos de prática sexual, em que a anal é a mais arriscada, a vaginal é a de risco intermediário e a oral, a menos arriscada. Todas relataram praticar sexo oral e vaginal. Já o anal foi relatado apenas no contexto de trabalho sexual e nos relacionamentos estáveis de Bethânia e Joana. Houve entrevistadas que, inclusive, manifestaram certa reprovação da prática:

"O anal que eu não sou muito a favor, não". (Eleonora, 38 anos)

O reconhecimento do sexo anal como mais arriscado resultou em cuidados particulares em torno da prática: Joana só o praticava com o marido, enquanto Patrícia exigia uso de duas camisinhas com clientes, assim como o fazia quando avaliava que o pênis do cliente era muito grande. Nessas situações, o cuidado adotado por Joana era evitar posições sexuais em que antecipava maior risco de rompimento da camisinha.

Ainda na esfera da escolha das práticas, Adriane referiu práticas não penetrativas como forma de continuar a relação após o rompimento da camisinha, enquanto o coito interrompido foi mencionado por Judith e Bertha, que usavam a estratégia para contracepção e para a prevenção de DST:

"Como saiu [a camisinha], ele só botou assim, vamos dizer assim uma palavra, assim, meio vulgar, não é vulgar, mas entre aspas, nas coxas". (Adriane, 46 anos)

"O parceiro, também, realmente nem ejaculou dentro. Mas foi opção dele, pra evitar filho, no caso, né?". (Bertha, 47 anos)

O uso de remédios caseiros para reduzir o risco de infecção ou para tratar IST também compôs as práticas preventivas relatadas. Leila, antes de conhecer a PEP, conta que recorria a duchas e chás quando acontecia algum acidente com o preservativo, além de tomar um medicamento que tem função de tratamento e profilaxia da candidíase. Judith imaginava a própria PEP como um tipo de chá, semelhante aos utilizados com finalidade abortiva. Já Adriane relatou ter usado remédio caseiro para tratar HPV:

"Eu fiz a minha ducha, os meus segredos, como o pessoal fala, chá de orégano, não sei o que, essas coisinhas que a gente faz. Eles falam, igual, fluconazol, toma uma vez por ano pra estar limpando. Não tomo sempre porque tem antibiótico, né? Então, uma vez no ano. E, quando fala de estourar a camisinha, fala pra fazer um chazinho de bicarbonato, fazer uma ducha de chá de orégano. Essas coisinhas". (Leila, 23 anos)

"A menina falou que tinha coquetel. Eu pensei que era um coquetel de, tipo, líquido, alguma coisa assim. Que lá no Ceará, o pessoal faz coquetel, assim, tipo pra abortar, essas coisas, sabe? Achei que [a PEP] era uma coisa assim". (Judith, 32 anos)

"Pior foi o meu ex-marido, que ele pegou crista de galo, aquele vagabundo, não me disse nada, transou comigo sem camisinha, cê ta entendendo? Eu engravidei dele, tive que tomar cabeça de nego pra poder limpar o sangue pelo que ele fez, tá entendendo?" (Adriane, 46 anos)

Nenhuma das entrevistadas relatou o uso do preservativo feminino.

4.1.2.7. "Entrar nessa vida": o estigma do trabalho sexual nas narrativas das entrevistadas

As entrevistadas que exercem o trabalho sexual são jovens e, de modo geral, esta ocupação é relativamente recente para elas. Simone é a que está há menos tempo na profissão, cinco meses, e é também estudante. Patrícia e Judith exercem a ocupação há um ano. Leila é profissional do sexo há dois anos e trabalha concomitantemente como vendedora autônoma. Rosa é quem está na profissão há mais tempo:

"Dezessete anos. Quase uma vida. Mais do que um casamento [risos]! O casamento durou cinco". (Rosa, 39 anos)

Rosa é a única que reconhece o trabalho sexual como sua profissão e não fala dele como algo temporário. Ela migrou do Mato Grosso para São Paulo aos 22 anos para ser profissional do sexo. Patrícia e Judith também eram migrantes: a primeira do interior do Paraná para a capital do estado e a segunda do interior do Ceará para a capital de São Paulo. Diferentemente de Rosa, porém, a expectativa de Judith ao migrar era de trabalhar na sua área de formação, que é gestão empresarial. Contudo, nos cinco anos em que está em na cidade, trabalhou em várias outras áreas, com salários muito baixos, até que ficou desempregada:

"[Vim pra São Paulo] porque eu tenho um primo aqui, tenho um tio, irmão da minha mãe. Aí eu terminei a faculdade lá e eu achava que aqui ia ser melhor, porque lá é uma cidade menorzinha. Achei que aqui eu ia conseguir trabalhar na área que eu me formei ou, mesmo se não fosse na área, um trabalho que ganhasse tipo bem melhor que lá, pra eu conseguir as coisas que eu almejava, né? Eu vi que é ilusão. /.../[Conseguir emprego] de balconista, assim, de operadora de caixa é mais fácil, mas ganha muito pouco. Aí, depois, eu me vi sem trabalho, aí eu fiquei no aperto, assim, de não ter dinheiro pra aluguel, não ter dinheiro pra comprar as despesas de casa. Aí, uma amiga, sabe, colega, tipo, me indicou isso e eu fui e vi que ganha mais". (Judith, 32 anos)

Judith conta que já abandonou o trabalho sexual duas vezes, mas voltou a ele em razão de dificuldades financeiras. Em uma das vezes, o motivo para deixar o trabalho sexual foi justamente a exposição que a levou a buscar a PEP:

"[Fiquei] preocupada em acontecer de novo. Aí, foi nessa época que eu saí. Deixei, eu larguei garota e fui trabalhar normal. Eu falei assim: 'Não vou ficar arriscando minha vida'. Depois, apertou de novo, né? Tipo, não tinha mais dinheiro. Tinha um dinheirinho guardado, minhas economias, foi tudo. Porque com salário não dá pra se manter, não. Aí, eu peguei e voltei de novo". (Judith, 32 anos)

Assim como Judith, Simone fala do trabalho sexual como uma alternativa que encontrou para melhorar sua renda depois de ter passado por vários outros empregos. Seu foco é pagar seus estudos e planeja deixar o trabalho sexual assim que se formar:

"Trabalhei em bastante coisa. Eu resolvi entrar nessa vida o ano passado porque eu já morria de vontade de fazer faculdade. E sempre os empregos que eu arrumava, eu sempre ganhava assim, o máximo que eu ganhei no emprego foi mil e quatrocentos reais. Mas era quando eu trabalhava no motel, mas eu não tinha vida, né, não tinha tempo pra estudar. [...]Aí, minha colega pegou e falou pra mim assim: 'Fulana, porque que você não aproveita esse final de ano e vai ganhar um dinheiro pra você viajar com sua filha?'. E eu já andava pensando nisso porque ela ficava falando muito pra mim. Ela já era [garota]. Aí eu falei pra ela que pra mim não rolava, né? Eu já quase não transava com meu marido dentro de casa, eu ia pra fora pra tipo transar cinco, seis, dez vezes, dependendo do que tiver. Ela falou: 'Mas vai. Aproveita esse final de ano. Quando for em janeiro, já está mais tranquilo, você entrega os currículos'. Eu falei: 'Tá bom'. Mas antes disso eu saí entregando currículo num monte de lugar. Aí eu fiquei pensando, eu falei: 'Poxa, será que é? Eu vou estar fazendo um pecado, mas vou estar adquirindo meu futuro, que é fazer minha faculdade. Talvez eu consiga realizar esse sonho'. Aí, eu meti as caras e fui". (Simone, 27 anos)

A vergonha em exercerem o trabalho sexual é recorrente nas falas das entrevistadas. Para além da declaração de que este não é um trabalho que elas gostariam de exercer por longo período, Judith, Simone e Joana escondem a profissão das pessoas com quem convivem, evitam situações que possam gerar desconfiança e se privam de relações afetivas por não quererem revelar sua ocupação a eventuais parceiros. Joana, a princípio, não quis revelar sua atividade profissional para a entrevistadora:

Entrevistadora: Posso te perguntar uma coisa? Porque a gente já tá chegando em umas perguntas... Joana, você se considera profissional do sexo?

Joana: Eu? Não. Eu sou aprendiz [risos].

"Prefiro não ter ninguém. Ficar escondendo [de parceiros] também o que eu faço, não dá, né? Muito trabalho. É muito, muito complicado. [...] As minhas amigas que não fazem programa não sabem o que eu faço. Tipo, eu mantenho segredo de muita coisa, assim. Então, não sabem o que eu faço". (Patrícia, 25 anos)

"Às vezes, eu me olho, minha filha vem me abraçar, eu fico triste. Porque eu não me sinto mais a mulher como antes. [...] É

uma coisa, assim, que eu não vou saber te explicar. Que é uma coisa de mim, assim, que eu não fico à vontade com a situação, sabe? Eu penso muito, assim: 'Ai, esse mês eu vou pagar meu curso. Falta tantos meses pra acabar. Eu vou conseguir'. /.../ Então me deixa assim meio que com nojo, assim, de mim, às vezes, sabe? "(Simone, 27 anos)

Todas as profissionais do sexo entrevistadas trabalham em casas de prostituição, às quais dão diferentes nomes - boate, casa, clínica. O trabalho nesses locais aparece como um fator de segurança para elas por oferecer uma estrutura que as protege de violências e abusos dos clientes e, ao mesmo tempo, assegura o pagamento dos serviços, como explica Judith:

"Tem uns [clientes] que quer sair por fora, né? Mas eu não... Até agora eu não tive coragem. Tenho medo também de ser morta nos moteis... Eu tenho medo de não pagarem. Eu não... Ainda não criei coragem. [...] Na clínica, tem um gerente lá, às vezes tem segurança, né? Eu acho mais seguro". (Judith, 32 anos)

Leila é a única que atende também por site, através do qual os clientes marcam encontros com ela, geralmente em motéis.

Rosa, por sua vez, mora na mesma casa em que trabalha e seu relato sugere que suas condições de trabalho são menos protegidas em comparação com os das demais profissionais entrevistadas: ela muda com frequência de trabalho e, conseqüentemente, de casa; tem dificuldade em evitar o consumo de álcool durante o trabalho, mesmo sabendo que deixa de se prevenir quando bebe; convive com clientes violentos, sem mencionar qualquer mecanismo de proteção que possa acionar quando situações ameaçadoras ocorrem; já teve muitos acidentes com a camisinha e usou a PEP quatro vezes; e estava em investigação de sífilis.

4.2. Cenas sexuais que levaram à decisão de buscar a PEP

Nesta parte, analisamos particularmente os encontros sexuais que motivaram a busca da PEP sexual. Os dados estão organizados com base no elemento que se mostrou mais relevante para que as mulheres se percebessem expostas ao HIV e, a partir daí, decidissem buscar a profilaxia: a dinâmica da relação que tinham com o parceiro em cena. Esta dinâmica, estruturada pelo cenário, significará a cena antecipadamente, mas a ressignificará depois, também com base na avaliação de exposição ao risco, para a

decisão sobre a PEP. Nas descrições feitas pelas entrevistadas, destacamos em negrito as ações, percepções e sentimentos mais ilustrativos da dinâmica das cenas.

Como referido previamente, encontramos três cenários em que foi possível categorizar as cenas que mobilizaram a busca de PEP neste grupo de mulheres: o do trabalho sexual, o do sexo casual e o da sorodiferença. Exploraremos cada um deles a seguir.

4.2.1. Em cena com clientes

Nas cenas sexuais em que se perceberam expostas ao HIV, Patrícia, Joana, Leila, Judith, Rosa e Simone - ou seja, todas as profissionais do sexo entrevistadas - estavam atendendo clientes, nos locais onde habitualmente trabalham. Eram todos clientes a quem estavam atendendo pela primeira vez. Nenhuma delas relatou ter tido dificuldade de combinar com eles, antes do início da relação, que o preservativo seria usado. Assim, em todas as cenas houve uso de camisinha, mas o método acabou falhando, como mostram os relatos:

Eram 5h da manhã e Patrícia estava trabalhando, atendendo um cliente na boate. O ambiente, como de costume no local, era bem escuro. Ela tinha bebido um pouco, como está habituada a fazer no trabalho, mas não estava embriagada:

"Na hora eu já queria dar uns tapas nele [risos]. Ai, bichinho tava com fome, coitado [risos]. A gente foi pro quarto... E estourou a abençoada, né? [Percebi] na hora porque eu uso aquela [camisinha] mais grossa, né, na hora que ela estoura você já... bate aquele elástico ali. E ficou em mim. Não deu tempo [de ele ejacular], pelo menos isso não deu tempo. Daí eu cortei, já. **Ele fez na minha perna, ainda. Eu lá preocupada e ele continuou.** /.../ A reação dele parece que foi normal, né? Mas às vezes nem ele sabe, né, se tem ou não alguma coisa. Porque ele logo já falou: '**Não tenho nada**'. Falou que separou faz duas semanas. Vá saber. Pra mim, homem casado é o que mais vai na boate, então, dá na mesma, não mudou nada. Falei pra ele: 'Coitada da sua mulher'. /.../ Falei que ia vir no médico, que se eu tivesse que pagar ele ia ajudar e um monte de coisas mais. Ele falou que não tinha nada, negou, negou, mas que se tivesse que pagar, pagava". (Patrícia, 25 anos)

Eram cerca de onze horas da noite de uma segunda-feira. Leila estava trabalhando em um motel, atendendo um cliente que a contratou por meio de seu anúncio na internet:

"Ele viu meu anúncio na internet. Ele me ligou e eu vim até o encontro com ele no motel. /.../ Estourou o preservativo na hora da ejaculação. Eu saí, fui pro banheiro e ele ejaculou muito, muito, então, ficou escorrendo um monte. Aí, eu fiz uma ducha. Quando cheguei em casa, a primeira coisa que eu fiz foi me lavar por dentro. **Eu fiquei preocupada porque, na hora, ele não ficou nervoso.** Ficou tranquilo como se não tivesse acontecido nada. Então, me deixou preocupada. **Pra mim ele não tem nada a perder, se está tão tranquilo.**" (Leila, 23 anos)

Joana estava atendendo um cliente, mas não se sentiu à vontade para fazer um relato completo da cena:

"Aconteceu que estourou a camisinha [risada]. Estourou a camisinha e ele gozou dentro. /.../ **E, tipo, ele não ficou muito preocupado. Aí, eu fiquei mais preocupada ainda.** Perguntei e ele falou: 'Tô tranquilo. Fiz teste faz pouco tempo'. Tinha feito há um mês, ele falou. Ele falou que não teve relação sexual com ninguém além da esposa dele e estava tranquilo. Só que aí ele estava muito tranquilo pro meu gosto./.../. Aí, eu fiquei mais preocupada ainda. (Joana, 27 anos)

Judith estava atendendo um cliente no sábado, na clínica onde trabalha, por volta das cinco horas da tarde:

"**Eu tava lá de quatro.** O cara metendo, metendo. O cara goza e vai e tira. Quando ele tira, cadê a camisinha? Achei que a camisinha tava no meio do lençol. Eu fiquei procurando. Eu falei: 'Amigo, cadê a camisinha?'. Ele: '**Não sei. Acho que ficou dentro de você**'. Aí, eu meti o dedo assim, tirei, falei: 'Misericórdia!'. Aí eu falei: 'Amigo' - eu já sabia desse posto, né, que eu já tinha vindo duas vezes e não tinha dado certo - 'vamos comigo num posto, pra gente fazer um exame pra ver'. Aí, ele falou '**Não, porque eu tô atrasado, que eu tenho uma consulta, tenho que levar meu filho**'. E eu sabia, assim, que eu não tinha nada porque eu já tinha feito teste e depois eu não tinha mais feito nada sem camisinha, entendeu? /.../ Eu falei: 'Eu não tenho nada, se eu pegar alguma coisa, vai ser desse homem'. Aí eu fiquei desesperada. Eu falei: 'Meu Deus!'. [Eu ainda] tinha que atender mais lá [na clínica]. Mas eu nem fui mais. Fui pra casa. Não tinha nem cabeça, estrutura pra mais nada". (Judith, 32 anos)

Rosa estava atendendo um cliente na casa de prostituição onde trabalha e mora. Ela conta que o cliente chegou sob efeito de

drogas e que na casa ainda tomou bebidas alcoólicas antes de irem pro quarto. Relata, ainda, que ele agiu com violência:

"Aconteceu que ele estava drogadão, ele chegou, aí ele bebeu mais uma cerveja e foi pro quarto comigo. **Aí começou bem forte, né? De quatro.** E, aí... E eu tentava com a mão assim por baixo e ele tirava a minha mão. E eu, na minha cabeça eu já pensava: 'Alguma coisa vai acontecer'. **E eu querendo parar, mas tava muito forte.** Aí, teve uma hora que eu consegui por a mão no pênis e eu vi que tava sem. Aí, eu tirei rapidão só que a camisinha tava dentro de mim. Ele falou: '**Não, não. Mas eu não gozei**'. Mas, aí, tava cheio de espuminha, parecia esperma, né? **Ele tinha gozado, sim.** Então... Aí, eu falei: 'Meu Deus, vou, né?'. Eu tinha acabado de fazer exame de HIV do pai dos meus filhos. Deu certinho, não deu HIV. E agora vem esse cara doido. A gente fica com medo". (Rosa, 39 anos)

Eram cerca de duas horas da manhã e Simone estava atendendo um cliente na clínica onde trabalha. Ela desconfia que o cliente rasgou a camisinha propositalmente:

"Eu expliquei pra ele o procedimento. Ele falou assim: 'O que que você faz?'. Eu falei: 'Depende do que você quer fazer'. /.../ Aí, ele: 'Você beija? Você é carinhosa?'. Eu falei: 'Olha, amor, eu sou assim, tranquila. Não me tira do sério'. /.../ Falou: Me trata bem que eu estou meio triste, estou meio desanimado porque minha mulher está viajando já tem duas semanas, estou muito carente'. Falei: 'Fica tranquilo que eu vou tratar você bem.' Tratei ele super bem, sabe? E ele todo assim carinhoso, aí ele falou: '**Eu posso apagar a luz?**'. Eu falei: 'Pode. Fica à vontade'. Aí, ele pegou e falou assim: '**Você fica de quatro?**'. Aí, fiquei de quatro. **E muitas vezes ele parava. Mas, assim, a minha preocupação é que ele estava arrumando a camisinha.** E, realmente, eu colocava a mão na camisinha. Mas eu colocava a mão assim, **eu não visualizava,** estava inteira. E nisso, nesse meio tempo, acho que ele ia mexendo, sei lá, tentando fazer buraco. E ele penetrou. Aí, chegou um momento que ele falou assim: 'Ai, eu vou gozar'. Falei: 'Graças a Deus'. Aí: 'Já gozei'. Aí, ele pegou a camisinha assim, puxou. **Aí, foi na hora que eu sentei que escorreu.** Aí, quando escorreu, aí começou a sair uns gases e começou a escorrer e eu coloquei o dedo pra cheirar o que que era, né? Aí, eu falei: 'Isso é porra'. Aí, eu fui no lixo. '**A camisinha estourou?**'. Ele: '**Não**'. Aí, eu fui no lixo. Aí foi quando **eu vi a camisinha esticada e a ponta rasgada, tava sem a pontinha, tinha um buraco, assim.** /.../ Aí, eu peguei falei: '**Poxa, você rasgou a camisinha?**'. Ele: '**Não, não fiz isso**'. Falei: 'Como que você não fez? Você está ficando louco? Eu não tenho doença nenhuma. Você fez isso de propósito. Você tem alguma coisa'. Aí, eu comecei brigar com ele. Aí, eu fui voar em cima dele, eu queria socar ele! Eu falei: 'Eu tenho uma filha pra criar. Você tá ficando louco? Você quer

acabar com a minha vida?' /.../ Eu acredito que foi na maldade. Não sei qual a intenção que foi a dele. Tanto que eu perguntei pra ele: 'Qual foi sua intenção? De transar comigo sem camisinha? Ah, a camisinha estourou e você ter penetração? Ou porque você tem alguma coisa e queria passar pra mim? Está revoltado com o mundo?'. Ele: 'Não, não foi isso que eu quis'. Então, assim, até hoje eu não descobri. Mas a partir do momento que você faz a coisa proposital, eu acho que alguma coisa você quer tirar dali algum proveito. E ficou nisso, nunca mais ele voltou. E, assim, até mesmo falei pra ele, eu marquei a cara dele, o nome da empresa e onde ele mora. 'Eu vou fazer o teste de HIV, eu vou fazer o que tiver que fazer. E se der alguma coisa, eu vou atrás de você no inferno. Eu acabo com a sua vida. Que com a minha você acabou a partir desse momento'. /.../. Ele ainda falou pra mim: '**Ah, fica tranquila, eu sou casado. Eu não venho nesses lugares, que não sei o que lá**'. Eu falei pra ele, eu falei: 'Minha amiga, ela é soropositiva já vai fazer quase dez anos e ela é casada. Você acha que o marido dela não tem HIV? Qual que é a probabilidade que ele não tenha HIV?'. Aí, ele ficou quieto. Eu falei: 'Então, posso confiar em você? Jamais'. Aí eu falei assim pra ele: 'Olha, eu vou no médico, vou fazer meus exames porque eu tenho consciência da minha vida'. Ele: 'Ah, mas eu não tenho nada'. Falei: 'Tudo bem, você está falando que não tem. Eu vou saber com os exames. Se você tiver, eu acabo com a sua vida. Porque com a minha você está acabando, a partir de agora você está acabando com a minha vida"'. (Simone, 27 anos)

Destaca-se na dinâmica dessas cenas a indiferença dos clientes diante do acidente: os clientes de Rosa e Simone negaram o acidente - o de Simone negou que a camisinha tivesse rompido, enquanto o de Rosa negou ter ejaculado, mesmo com ela percebendo a saída de líquido de sua vagina. O de Judith não se mobilizou diante da preocupação dela, simplesmente dizendo que o preservativo tinha ficado dentro da vagina dela, e se recusou a se testar quando ela o sugeriu. O cliente de Patrícia também não se importou com a preocupação dela, tanto que continuou a 'relação' sexual (que ela tinha interrompido quando constatou o rompimento da camisinha) e ejaculou na perna dela. Os de Leila e Joana tampouco demonstraram preocupação frente ao acidente.

Foi a percepção desta indiferença, interpretada como um possível indicador de que esses homens já seriam soropositivos e, portanto, 'não teriam nada a perder' na ocorrência de uma exposição, somada ao fato de serem homens que elas pouco conheciam (clientes a quem atendiam pela primeira vez), que contribuiu para que essas mulheres se sentissem expostas ao HIV e decidissem buscar a PEP. Rosa acrescentou, também, a violência e o fato do cliente estar sob efeito de drogas como elementos que a

fizeram perceber a dinâmica da cena como mais ameaçadora. Além do que foi narrado na cena, ao longo da entrevista ela comentou:

"O caso mais grave é o homem que tá drogado, que te ameaçou. /.../ O que eu vim fazer [PEP] hoje, eu tive medo do cara porque ele tava drogado e não tá nem aí. Então, eu fico com medo".
(Rosa, 39 anos)

É notável, ainda, como todas estas entrevistadas reagiram ao se sentirem em risco. Judith, Joana, Patrícia e Simone questionaram os clientes: Joana perguntou sobre a última vez que ele se testou; Judith sugeriu que ambos se testassem; Patrícia o informou que buscaria ajuda nos serviços de saúde e que o procuraria, caso fosse preciso pagar pelo tratamento; Simone, que desconfiou da intencionalidade do acidente, questionou o cliente sobre os motivos que o levaram a fazer isso e assegurou que teria meios de reencontrá-lo, caso a conduta dele resultasse em alguma consequência negativa para ela; e Rosa, mesmo com muita dificuldade frente à resistência do cliente violento, procurou se proteger verificando a colocação da camisinha com a mão. A tentativa deles de minimizar o risco alegando serem casados ou, ironicamente, de não serem frequentadores de casas de prostituição não alterou a opinião delas sobre a necessidade de buscarem proteção.

Tendo avaliado que haviam passado por uma situação arriscada, logo após o acidente essas mulheres decidiram buscar a PEP - ou, ao menos, um serviço de saúde para obter algum tipo de ajuda. Patrícia e Rosa já sabiam da existência da PEP. Patrícia, além de ter feito pesquisas na internet, havia tentado usar o método uma vez, mas teve seu pedido negado pelo serviço de saúde, que alegou que a profilaxia só estava disponível para situações de violência sexual. Rosa já tinha usado a PEP em outras três ocasiões. Foram as colegas de trabalho que primeiramente contaram a ela sobre o método. Judith, Joana, Leila e Simone também descobriram o método por intermédio de colegas e algumas foram, inclusive, acompanhadas por elas aos serviços:

"[Decidi] na mesma hora. Porque eu já tava informada, mais ou menos, então eu só terminei de me informar de manhã. /.../. Cheguei em casa, tomei café, internet e vim. Nem dormi ainda hoje". (Patrícia, 25 anos)

"Fiquei sabendo por garotas. /.../Elas contam assim que elas faziam [a PEP], aí depois voltava pra fazer o teste e que não seria cem por cento. Foi isso que elas passaram, mas noventa por cento, sim, né? Se o cara tem o HIV, noventa por cento não

passa, não o cem por cento. /.../ Eu falei: 'Amanhã eu vou procurar'. /.../ Aí, uma garota me trouxe aqui". (Rosa, 39 anos)

"A menina [que trabalha comigo] me indicou aqui. Ela falou que até 72 horas dava pra vir aqui. Aí eu vim. Foi no sábado que aconteceu. Aí eu fui pra casa, quando foi na segunda, eu vim pra cá. Já tinha acontecido isso com ela, ela já tinha vindo pra cá. Aí eu fui pra minha casa. Aí eu falei: 'Meu, vou ter que ir nesse bagulho'. Eu não sabia direito onde que era. Aí, depois que eu vim saber. Aí, eu fui, liguei pra minha amiga. Falei: 'Amiga, você foi naquele lugar lá uma vez? Me fala como que eu faço pra chegar. Me explica direitinho'. Aí, ela foi me explicando. Aí eu falei: 'Vou lá'". (Judith, 32 anos)

"[Quem me falou da PEP foi] uma amiga que já veio aqui. Já conheço o posto, sei que ele é de profissionais do sexo, mas eu não sabia que era um agendamento tão aberto assim. /.../ Ela falou ontem. Mas antes dela falar eu não sabia dessas coisas. Achava que tinha que agendar, que tinha que ter um cartão daqui, algo assim. Aí, ela falou que eu podia chegar direto. Falou 72 horas. Ela me falou ontem. Falei: 'Então, tenho que ir correndo, senão...' [risada]. Se eu não soubesse, eu não ia vir". (Leila, 23 anos)

4.2.2. Em cena com parceiros casuais

Karina, Ângela e Bertha se perceberam expostas ao HIV em relações sexuais com homens com quem tinham pouca intimidade e de quem desconheciam a sorologia. As três estavam em lugares que não costumavam frequentar e para os quais foram exclusivamente para se relacionar com esses parceiros. Karina estava encontrando pela segunda vez um rapaz que havia conhecido pela internet e que tinha vindo de outra cidade para vê-la. Na ocasião da entrevista, seis meses após a exposição, ela continuava com esse parceiro, que agora considerava seu namorado:

Era um domingo à noite e Karina estava em um hotel, onde foi encontrar um rapaz:

"Essa era a segunda vez que ele vinha [me ver]. A gente tava no hotel, a **gente tinha bebido muito, muito, muito, muito, muito**. Eu acho até que isso que pode ter influenciado, não sei se ele não colocou direito a camisinha, não sei o que que foi. Eu sei que dado momento, assim, eu senti que tinha algo estranho. Daí eu fui ver, assim, e eu vi que a camisinha tinha rompido. Eu entrei em pânico! **Eu entrei em pânico porque eu pensei assim 'meu deus do céu, eu não conheço essa pessoa direito e tal'**. Eu não tinha pedido exame pra ele, até porque não adiantava porque tem aqueles seis meses de incubação e tudo. Eu conhecia

ele fazia quatro meses. **E eu fiquei apavorada, assim, porque, né, é diferente, eu não confiava naquela pessoa.** Tá, eu tentei não mostrar isso pra ele porque é terrível você mostrar pra uma pessoa que você não confia nela. Mas eu fiquei apavorada na hora, tanto que eu quis parar na hora e tal". (Karina, 23 anos)

Já Bertha e Ângela estavam no único encontro sexual que tiveram com aqueles homens. Elas foram as duas únicas entrevistadas em cujas cenas deliberadamente não houve uso da camisinha. Bertha conta que o parceiro ejaculou fora nas duas relações que tiveram naquela noite. Ângela, por sua vez, relata que estava muito embriagada, sem condições de negociar o uso do preservativo, e que o parceiro, que estava menos embriagado, não tomou a iniciativa de usá-lo. Assim como Karina, Ângela acredita que o álcool foi um elemento da cena que contribuiu para que a exposição acontecesse:

Era madrugada de domingo e Ângela estava na casa do homem com quem tinha saído de uma festa, após brigar com o namorado:

"Foi assim, eu tô ficando com essa pessoa que eu já te falei. E, pra mim, essa pessoa que eu tava ficando era como se fosse o meu namorado. Que eu sou evangélica, cresci nesse negócio. Só que na cabeça dele eu não era, então tudo bem. Aí um dia a gente tava numa festa, a gente discutiu, eu e essa pessoa que eu tô ficando, a gente discutiu. E o amigo dele - que eu não conhecia, era a primeira vez que eu tinha visto na vida -, falou mal dele pra mim, entendeu? **Eu tava ruim já, eu tava chateada, aí acabou acontecendo.** Só que eu lembro que a gente não levou nada pra se preservar. **Ele tava com uma marca de chupão no pescoço. Tipo assim, pra mim: '-Nossa, esse cara ficou comigo assim, imagina as outras que ele ficou assim'. Fiquei preocupada com isso.** Aí, tanto é que eu fiquei pensando nisso a noite inteira, a noite inteira. Isso foi domingo de madrugada./.../ Se eu estivesse normal, eu ia usar preservativo. Acho que não ia nem ficar com ele, se estivesse normal. Eu estava realmente muito bêbada. Eu lembro só que a gente não usou nada. Eu sei que a gente não usou nada, disso eu tenho certeza". (Ângela, 22 anos)

Bertha estava em um motel, para onde foi depois de sair para lanchar com um homem que ela já conhecia, mas com quem nunca tinha se relacionado sexualmente:

"Ah, eu peguei um dia que eu estava carente aí e **um conhecido me convidou pra sair.** Aí, pintou o clima, tal - a história do pintar o clima. Ah, a gente foi comer um lanche, normal, tudo. Depois pintou o clima. E aí a gente acabou indo pra um motel e tudo. E até que nem foi ruim. Realmente, foi até uma situação agradável. /.../ Ele não ejaculou dentro e acabou se limpando com uma toalha. [Só que] depois, ele quis de novo, então ele voltou pra dentro mais tarde. Então acabou, né, acontecendo de

novo. Mas, assim, novamente ele não ejaculou dentro". (Bertha, 47 anos)

Diferentemente do que aconteceu no cenário de trabalho sexual, nas cenas dessas mulheres não houve conversas sobre a intenção de buscar alguma forma de proteção após a exposição. Karina se sentiu constrangida em insinuar que não confiava no parceiro logo após a relação, mas falou com ele no dia seguinte, quando já estava no serviço. Já Bertha e Ângela não falaram com os parceiros em momento nenhum. Ângela referiu, inclusive, não querer mais encontrá-lo:

"[Não falei pra ele] porque eu fiquei meio assim, eu não queria que ele sentisse que eu tava desconfiando dele, tal, porque isso soa como desconfiança - 'eu não conheço você', tipo 'eu não confio em você e tal', soa... Então eu decidi me acalmar, esperar e tal, ver o que eu podia fazer". (Karina, 23 anos)

"Nunca mais [falei com ele]. Tipo assim, eu mesma não quis, sabe? Falei pra ninguém passar meu número pra ele, nem nada". (Ângela, 22 anos)

Similarmente ao relatado pelas profissionais do sexo, estar com homens que pouco conheciam foi o primeiro elemento do cenário que fez com que Karina, Ângela e Bertha avaliassem que podiam ter sido expostas ao HIV. Mas não foi o único. A sugestão - feita por alguém ou subentendida por algum sinal - de que os parceiros eram homens que tinham um histórico sexual de risco contribuiu também para que elas temessem que eles tivessem HIV. No caso de Karina, foi a ex-namorada do parceiro quem sugeriu; para Bertha, foram pessoas conhecidas que falaram; já no caso de Ângela, marcas no corpo do parceiro, além do descuido dele na própria cena com ela, contribuíram para reforçar sua suspeita de que ele poderia fazer sexo desprotegido com várias pessoas.

"Ele é porra louca, né? Ele não toma cuidado, né? Depois fiquei sabendo por outros conhecidos, quando souberam que eu saí com ele, que ele sai com muita gente sem camisinha. Dizem até que ele sai até com travestis sem camisinha. Aí eu fiquei preocupada, né? Mas, assim, não sei o quanto é fofoca, também". (Bertha, 47 anos)

"Eu vim aqui justamente por isso. Porque eu estava me relacionando com uma pessoa, acabei me relacionando com outra que eu não sei nada da vida. /.../. [O que me preocupou foi] a despreocupação dele. Tipo assim, eu fiquei chocada com a despreocupação dele. Uma menina que ele nunca viu na vida! Igual eu, eu nunca vi ele na minha vida, só que, tipo assim, você

ter consciência, você estar são, porque eu tava ruim, né? Eu não ia saber distinguir nada. Se ele fez comigo, imagina com outras pessoas! Ele deve fazer isso sem se preocupar, entendeu? Isso que ficou na minha cabeça." (Ângela, 22 anos)

"Teve uma outra questão, que a ex-namorada dele me mandou uma mensagem falando um monte de coisa, daí que eu fiquei pior ainda. Eu já tava nos nervos, estressadíssima, e ela disse coisas assim... Ai, ela é muito filha da puta." (Karina, 23 anos)

Se para Ângela esses elementos foram suficientes para embasar sua decisão de buscar ajuda em um serviço de saúde, os cenários de Karina e Bertha incluíram, ainda, mais um elemento decisivo: o fato de conhecerem pessoas vivendo com HIV. Bertha tem um amigo que vive com HIV, com quem conversou, no dia seguinte, sobre a relação sexual que havia tido. Foi ele quem contou para ela da existência da PEP e insistiu para que ela buscasse um serviço de saúde o mais rapidamente possível; até então ela não havia se preocupado com isso, até porque, como relatado anteriormente, ela não tinha o hábito de se relacionar com camisinha. Por sua vez, Karina tem um familiar que vive com HIV, cujo histórico de diagnóstico tardio a fez pensar, ainda no hotel, que precisaria buscar ajuda em um serviço de saúde o mais rapidamente possível. Nenhuma dessas três mulheres conhecia a PEP antes de viverem a potencial exposição. Ângela e Karina buscaram na internet serviços onde poderiam se testar, enquanto Bertha pesquisou na rede o local onde poderia ter o medicamento que seu amigo sugerira:

"No domingo de manhã, assim que eu saí da cama, eu já fiquei preocupada. Tipo assim, quando a gente vai acordando, tipo a bebida vai saindo e a gente vai lembrando o que a gente fez. Eu lembrei dessa parte importante, a gente não usou nada. Falei: 'Não... Preciso... Vai que eu peguei alguma coisa', sabe? Fiquei preocupada. Fiquei preocupadíssima. Aí fiquei com isso na cabeça o domingo inteiro. Aí, na segunda-feira de manhã, eu pesquisei na internet os meios pra saber, né? Pesquisei, até que eu achei aqui. Eu não sabia o que poderia mesmo evitar, assim, se você passa por uma situação de risco, eu não sabia que podia ser evitado e o tempo, sabe? Pra mim era vir fazer o exame, depois fazer de novo. Mas eu não sabia que tinha que tomar coquetel e podia ser evitado". (Ângela, 22 anos)

"Tem toda a questão do meu histórico de vida. Eu lembrei, assim, desse meu parente quando... Se ele tivesse descoberto [a infecção pelo HIV] no início teria sido bem mais fácil de se tratar e tudo e tal /.../. Daí eu pensei assim: melhor procurar agora, se tiver acontecido alguma coisa, se eu tiver a chance de

talvez... Eu nem sabia que existia essa abordagem, né, de pós-exposição, mas se tiver chance de ter um tratamento mais tranquilo - porque o dele foi muito mais agressivo, né, porque tava num estágio mais... -, então eu pensei: "Bom, vou procurar agora pra... Pelo menos, se não for nada, eu desencano". /.../ Aí eu procurei na internet o que poderia ser feito depois da exposição e tudo". (Karina, 23 anos)

"Mas, assim, meu cuidado foi de tomar a pílula do dia seguinte. Eu acordei no dia seguinte e fui na farmácia. A minha preocupação primeira era a gravidez. /.../ Aí, depois, eu falando com outro amigo, esse que tem HIV, ele falou: 'Não. Você tem que procurar ajuda agora. Você tem que ir rápido. Tem um prazo de horas. Você vai, faz. Procura o centro de referência na internet'. Aí eu procurei e fui". (Bertha, 47 anos)

4.2.3. Em cena com homens que vivem com HIV

Nas cenas sexuais em que se expuseram ao HIV, Eleonora, Beatriz, Bethânia, Manuela, Regina, Flora, Virgínia e Adriane estavam se relacionando com homens que vivem com HIV. Eram homens que elas já conheciam, fossem como amigos ou como seus parceiros afetivos, com todas as variadas denominações e arranjos que essas relações contemplavam - marido, companheiro, namorado, ficante -, como explorado anteriormente. Todas as cenas, exceto a de Eleonora, aconteceram nas casas - delas, dos parceiros ou na casa onde moravam juntos. Assim, foram cenas que se desenrolaram em cenários marcados pela intimidade e o vínculo afetivo.

O conhecimento da soropositividade foi um aspecto definidor da dinâmica dessas cenas. Adriane, que estava na cena com um amigo, assim como Regina, Manuela, Virgínia e Flora, que estavam com parceiros que consideravam estáveis, sabiam que seus parceiros eram soropositivos antes da exposição acontecer. Os parceiros de Manuela e Virgínia revelaram sua soropositividade logo no início do relacionamento, antes mesmo de terem a primeira relação sexual:

"Ele me contou quando nós tivemos a chance de ter a relação sexual. [A gente tinha ficado] acho que uns dois dias. /.../ Eu tava na casa dele e aí ia rolar, aí ele disse que tinha que me dizer uma coisa antes. Aí eu fiquei logo assustada, eu imaginei o que seria, que ele poderia ter alguma doença, não necessariamente o HIV. Aí ele me disse: 'ó, há uns oito meses eu descobri que eu tenho o vírus do HIV, eu faço tratamento, eu sou acompanhado por uma médica, eu tomo medicação, inclusive a minha carga

viral já é indetectável. Eu tenho o vírus, mas eu não tenho a doença'. Ele me disse desse jeito. 'Então, se você quiser, tá nas suas mãos, porque também se você não quiser eu vou entender que você não vai querer correr o risco. Mas, se você quiser, saiba que a gente vai usar camisinha, que não tem problema com a camisinha e tudo mais'. E aí...Eu fiquei um pouco...tensa. Eu pensei na hora: 'E agora, o que é que eu faço? Faço, não faço?'. Fiquei com medo, né? Claro que tem o medo. Mas, assim, ele me tranquilizou". (Virgínia, 21 anos)

"Ele foi sincero por dizer o que ele tinha quando começou a relação, ele deixou bem claro pra mim que ele era soropositivo e que ele era não detectável, isso ele fez". (Manuela, 42 anos)

Nos casos de Regina e Flora a revelação da soropositividade aconteceu ao longo da relação:

"Ele teve uma relação fora do casamento sem preservativo. E aí ele ficou preocupado, daí ele veio e fez aquela coleta que demora vinte dias. E aí ele veio e deu positivo. Aí, depois, eu vim, fiz, né? Deu negativo. /.../ E assim... Não é fácil, não. /.../ Pra mim, ah, foi como se tivesse... Caído uma bomba, assim, né?". (Flora, 32 anos)

"A gente ficou uma semana na praia e ele é uma pessoa, assim, muito ciumenta, né? E lá na praia ele não me deixava usar biquini, nada. /.../ Aí a gente veio embora e a gente começou a discutir. Daí eu falei: 'ah, sabe de uma coisa? Eu não estou acostumada com ninguém no meu pé, estou acostumada sozinha, trabalhar, pronto, cada um vai viver sua vida. Não tá dando certo, acabou'. /.../ Aí ele olhava assim pra mim e falava: 'Agora é tarde demais, tarde demais!', assim, meio agressivo. Eu falei: 'ué, mas como é tarde demais?'. /.../ Aí ele falou: 'eu preciso te contar um negócio! Eu preciso te contar!', assim, brabo, sabe, tipo olhando muito assim, meio que me segurando. Aí fiquei assim, ele falou: 'eu tenho uma doença e eu acho que eu te passei'. Porque no meio desse tempo que a gente tava ficando e usando preservativo, mas teve um dia que a gente saiu e... e no momento nós estávamos sem o preservativo. /.../ E daí foi nesse momento que ele falou: 'eu tenho uma doença! Preciso te contar! Não aguento mais!', ele falava. Daí foi a hora que ele me falou: 'eu tenho HIV'. Nossa! Daí foi uma coisa, assim, como se tivesse dado um ferro na minha cabeça, assim. /.../ Eu queria matar ele! Sabe? Porque, pô, a pessoa ficar três meses quase, uns três meses sem me contar uma coisa dessas? Isso é uma coisa grave! No momento eu falei assim: 'Se eu peguei um troço desse, eu vou te por na cadeia!'. Eu falava pra ele: 'Isso é crime o que você fez!'. Falei: 'Vou contar pros meus filhos,

meus filhos vão te matar, cara!'. /.../ Eu fiquei sem chão".
(Regina, 46 anos)

Em todas essas cenas sexuais com parceiros sabidamente soropositivos houve uso de preservativo, mas o método falhou:

Adriane estava na casa dela, com um amigo que ela sabia ser soropositivo. Era a primeira vez que eles se relacionavam sexualmente:

"A gente já se conhecia, tá entendendo? Somos muito amigos. A gente tava em casa. Eu não tava bebendo, quem tava era ele. Eu tava doida que ele terminasse de beber pra mim poder ir dormir que aí eu tinha certeza que ele ia dormir, pra ele não sair. Porque se ele fosse sair ele ia usar droga, e eu não queria que ele usasse. Então eu comecei a beber junto com ele. /.../ Só que a gente bebeu demais, pintou um clima e a gente transou. Só que a gente transou com camisinha, tá entendendo? **Aí a gente foi transar de novo, com camisinha, e a camisinha saiu.** Aí a gente transou, a camisinha saiu, pronto, e ele deixou rolar. Aí a gente transou, só que ele só botou perto, só roçou, não penetrou, entendeu? Aí, pronto, aí quando o dia já tava amanhecendo, né, a gente na putaria, aí a gente acabou dormindo, tudo. Aí quando a gente acordou, aí ele disse: 'Seja bem-vinda ao grupo de risco, você vai ter que abrir seu prontuário, eu vou ter que ir com você pra você abrir seu prontuário'. /.../ Como ele mesmo disse: '**Eu não quero passar essa doença pra você, mas eu gostaria que você abrisse o prontuário pra você ter a segurança que você não pegou**'. /.../ Aí eu disse assim: 'Cê é muito é vagabundo!'. Mas, assim, aconteceu? Aconteceu. Mas eu não vou culpar ninguém". (Adriane, 46 anos)

Virgínia estava com o ficante com quem ela se relacionava havia cerca de um mês e que tinha sido seu primeiro parceiro sexual. Eles estavam na casa dele, onde costumavam se encontrar:

"A gente foi na casa dele de novo, a gente tava lá . E daí a gente fez e **a camisinha rasgou e a gente não percebeu, ele não percebeu, eu não percebi, e houve ejaculação.** E daí quando ele percebeu o que tinha acontecido, **ele falou imediatamente: 'Olha, a gente tem que ir pro hospital agora, você tem que tomar um medicamento'**. Falou assim bem na hora, que fica com os nervos alterados, né? Ele falou bem assim: 'a gente tem que ir pro hospital agora, você tem que tomar um medicamento durante vinte e oito dias'. Pronto. Eu fiquei meio desesperada, mas... Eu fiquei com muito medo, muito, muito, medo mesmo. E aí a gente veio pra cá direto". (Virgínia, 21 anos)

Era madrugada e Manuela estava em casa com o companheiro, com quem se relacionava havia aproximadamente seis meses.

"Foi assim: **estávamos transando normalmente, o preservativo estourou... No momento em que ele estava e-jacu-lan-do.** Eu me acalmei, não poderia fazer mais nada, me troquei e fui. Esperei amanhecer, isso aí era quatro e pouco da manhã se não me engano. /.../ Eu tentei manter a calma, eu só pensei: 'Bom, eu sei o que está acontecendo e eu sei que isso iria acontecer em algum momento'. Você não pode estar numa relação com um soropositivo e acreditar que o preservativo nunca vai estragar, porque vai. Então eu sabia o que eu estava passando, mas mantive a calma, **daí eu percebi que ele ficou mais nervoso do que eu, eu percebi ele bem mais agitado do que eu.** A única coisa que eu respondi pra ele, falei: 'Bom, a gente está junto, a gente sabe de suas condições, eu aceitei. Então, existem duas opções: posso ser daqui um mês um reagente ou posso ser um não reagente, ponto'. /.../ **Ele correu comigo, ele: Vamos pro posto agora, não vamos esperar, vamos fazer as coisas direitinho', ele me apoiou.**" (Manuela, 42 anos)

Flora estava em casa, se relacionando com seu marido, com quem estava casada havia sete anos e que poucos meses antes havia se descoberto soropositivo:

["Era uma relação] comum. É que após a relação, eu vi que tinha um pouquinho de sêmen, né? Esperma. Aí eu fiquei na dúvida. Não tinha certeza se tinha tido contato com a mucosa, né? Aí, eu... Foi o que me fez procurar o serviço. Que, assim, eu não posso ficar na dúvida, né? Ou me arrepender daqui.../.../. Mas, **nós conversamos, eu falei que ia procurar [o serviço]. Foi tranquilo, assim.** Fiquei um pouco ansiosa até esperar no outro dia". (Flora, 32 anos)

Eram cerca de nove da noite e Regina estava em casa com seu companheiro, com quem se relacionava havia um ano:

"Acho que foi umas nove, dez horas da noite, quando a gente dormiu, né, que a gente foi fazer alguma coisa, que aconteceu. /.../ A gente usou um preservativo comprado de farmácia, sabe, aqueles de sabor lá, **e rompeu o preservativo. Isso foi, né, de noite, aí de manhã eu já tava aqui, contando pra médica.** /.../ Nossa, eu só não vim na noite porque aqui tava fechado, né, que senão eu tinha vindo na hora". (Regina, 46 anos)

Nesse cenário de conhecer a soropositividade do parceiro, a decisão de buscar a ajuda dos serviços de saúde quando o preservativo falhou foi imediata. Adriane, Flora e Regina já sabiam da existência da PEP. Adriane tinha informações por ser profissional

de saúde. Flora e Regina haviam sido orientadas pelos profissionais dos serviços de saúde onde se testavam regularmente a buscarem o método em caso de falha do preservativo. Virgínia ainda não conhecia a PEP, mas seu parceiro conhecia. Manuela e o parceiro não sabiam que existia a profilaxia, mas decidiram buscar o serviço para verificar o que poderia ser feito e lá foram orientados.

A situação foi distinta, porém, nas cenas de Eleonora, Beatriz e Bethânia, que não sabiam que os parceiros eram soropositivos. Eleonora estava com um amigo que ela reencontrara depois de muitos anos; ele já sabia ser soropositivo, mas só contou isso a ela no dia seguinte à relação sexual na qual houve saída do preservativo e foi aí que decidiram ir ao serviço. Já Beatriz e Bethânia não tiveram uma cena específica de exposição, mas uma série de exposições ocorridas no contexto de relacionamentos estáveis com seus companheiros, que não conheciam a soropositividade deles mesmos. Para elas, a decisão de usar a PEP aconteceu nos serviços de saúde, pela orientação dos profissionais que as atenderam:

Eleonora estava em uma viagem pelo litoral, onde ela reencontrou um amigo após muitos anos sem se verem. Era a primeira vez que ela se relacionava sexualmente após o divórcio, ocorrido cerca de um ano antes. Ela não se sentiu à vontade para falar em detalhes sobre a cena sexual em que ocorreu a exposição:

"A gente usou o preservativo, **na verdade foi que o preservativo, na verdade, saiu, né? E ficou dentro de mim,** até depois a gente... Depois saiu, né? Mas ele não me contou antes [que tinha HIV], contou depois. Eu penso assim que... Nossa... Eu sempre fui de me... Uma relação tem sempre que ter preservativo. Só que a gente assusta um pouco, né? Porque é aquele negócio, quem vê cara, não vê [aids], né? /.../ Tava num... Na praia, num lugar bom, tranquilo... É, aconteceu, né, tô separada há muito tempo, também muito tempo sem me relacionar com alguém, mas... Foi tranquilo, foi... a gente teve bastante calma, assim, mas... Difícil, né? Não quero falar, prefiro não falar. /.../ No outro dia, sentado à beira-mar [ele me contou que tinha HIV]. Aí ele falou que já viveu esse filme. E que eu poderia odiar ele, poderia nunca mais olhar pra cara dele, podia... Que ele já sabia, né, o que iria acontecer. Num primeiro momento eu fiquei bem nervosa, falei que eu tinha um filho, minha mãe, veio tudo, trabalho, vida, tudo, mas... Na hora eu fiquei nervosa: 'Não quero [ir ao serviço de saúde], não vou, não quero. **Ele falou: 'Você tem que ir. Não tem não quero'. Ele falou: 'Você tem que ir agora, já'. E a gente foi.** (Eleonora, 38 anos)

Bethânia estava no serviço de saúde para uma consulta ginecológica, acompanhada pelo namorado, quando ele foi chamado para receber o resultado do exame de HIV que havia feito no ano anterior, mas não havia buscado o resultado:

"Acontece que, do nada, eu fui numa consulta no ginecologista e aí, quando eu cheguei lá no posto, eles estavam fazendo uma campanha de vacina. E eu tava com esse meu namorado. E aí a gente foi olhar as vacinas, se tava tudo em dia. /.../ Na hora que as enfermeiras foram verificar a vacina, olharam que ele tinha um exame de HIV e que tinha dado positivo, entendeu? **Aí, eu fiquei desesperada. Porque eu não me prevenia com ele e tudo mais. E aí elas me orientaram a vir aqui.** E aí eu vim aqui, conversei com a doutora e ela que me falou dessa PEP... É PEP que chama, né? E aí eu automaticamente já tomei a medicação durante o tempo certinho. Foi aqui mesmo que eles me falaram". (Bethânia, 41 anos)

Beatriz estava no serviço de saúde juntamente com seu namorado para se testarem. Foi ela quem, após dois meses de relacionamento, pediu que ambos se testassem porque tinha sido alertada pela mãe dele de que ele havia usado drogas antes de eles se reencontrarem:

"A gente passou no posto. A gente fez o exame, aí, a médica já olhou pra gente, assim, estranho. Chamou ele primeiro, falou assim: 'O teu deu positivo. Você quer falar pra ela ou não?'. Aí, ele resolveu contar pra mim. **Aí, a médica falou assim: 'Se eu fosse você, eu já ia direto lá no [nome do serviço], pra tomar o medicamento'.** /.../ Ela mandou vir direto pra cá. Porque ainda tinha possibilidade de, se tivesse, né, contraído no dia, como se fosse a pílula do dia seguinte, né?". (Beatriz, idade não informada)

O principal ponto em comum nas cenas das mulheres que se relacionaram com homens que sabiam ser soropositivos foi o cuidado deles em apoiá-las na busca por uma forma de proteção após os acidentes com os preservativos. Os parceiros de Virgínia e Eleonora, que já conheciam a PEP e onde ela era ofertada, puderam levá-las diretamente aos serviços, concretizando em um ato de cuidado a preocupação que haviam demonstrado com a saúde delas já nas cenas sexuais. Os parceiros de Manuela e Adriane não conheciam a PEP, mas o de Adriane sugeriu que ela procurasse um serviço de saúde, e o parceiro de Manuela a acompanhou na ida ao serviço, assim como fizeram os de Virgínia e Eleonora. Regina e Flora já estavam informadas sobre a PEP a partir dos serviços de testagem que usavam desde que souberam que seus companheiros viviam com HIV e, assim, puderam buscar o serviço autonomamente.

4.3. O cenário programático que estrutura o acesso à PEP sexual

Nesta parte exploramos a busca e uso da PEP, enfocando os itinerários das mulheres até os serviços e dentro deles e a interação delas com os profissionais nas cenas programáticas.

Inicialmente, analisamos dois dos elementos centrais da consecução do direito à saúde nas abordagens baseadas nos direitos humanos: a disponibilidade e a acessibilidade da PEP sexual. Para tanto, observamos como estava organizada a oferta da PEP nos serviços investigados e as etapas que as mulheres precisaram cumprir para chegar até eles. Consideramos a disponibilidade e a acessibilidade de informações sobre o método e sobre os serviços onde ele é ofertado, além de sua localização, seus horários de funcionamento e o respeito ao princípio de não discriminação.

Em seguida, analisamos a aceitabilidade e a qualidade dos serviços a partir da opinião das mulheres e da sua descrição de como ocorreram as diversas etapas do atendimento inicial e do seguimento. Ao analisar os relatos sobre a interação com os profissionais, guiamos nosso olhar pelo conceito de Cuidado, buscando observar: a racionalidade que guiou os atendimentos; a abertura para o diálogo, por parte dos profissionais de saúde, considerando os saberes das mulheres nas decisões necessárias para o tratamento profilático; e a valorização das dimensões psicossociais nos atendimentos.

4.3.1. Disponibilidade e Acessibilidade da PEP

4.3.1.1. Os serviços que ofertam a PEP sexual participantes do *Combina!*

Os serviços estudados têm diferentes perfis tecnológicos e a inserção da PEP na organização deles é igualmente diversificada, como mostram os dados sintetizados na tabela 4.

Tabela 4: Características dos serviços participantes do estudo *Combina!*

Característica	Sítios				
	Ribeirão Preto	Fortaleza	Curitiba	Porto Alegre	São Paulo
Modelo organizacional	Ambulatório de HIV e de outras doenças infectocontagiosas agregado a CTA	Hospital de Doenças Infecciosas, com SAE e CTA	CTA e unidade de referência para dispensação de ARV para PVHA	Ambulatório geral e atendimento de emergência, com SAE e CTA	Ambulatório de HIV, agregado a CTA
Localização	Região central	Bairro residencial, com pouco transporte público	Região central	Região periférica	Região central
Horário de Funcionamento	7h às 17h, de segunda a sexta-feira	24h/dia, todos os dias	7h às 18h, de segunda a sexta-feira	24 horas por dia, todos os dias	7h às 19h, de segunda a sexta-feira
Horário de oferta da PEP	7h às 16h, de segunda a sexta-feira	24h/dia, todos os dias	7h às 15h, de segunda a sexta-feira	7h30 às 16h, de segunda a sexta-feira	7h às 15h, de segunda a sexta-feira
Referência para PEP em outros horários	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Serviço de emergência do próprio hospital	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Serviço de emergência do próprio centro de saúde	Hospital de doenças infectocontagiosas

Curitiba é o único dos serviços que funciona exclusivamente como Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e presta atendimento a pessoas vivendo com HIV apenas para dispensação de antirretrovirais. Em São Paulo, a organização é parecida com a de Curitiba, pois, embora seja um serviço de Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids e outras IST (SAE), a PEP sexual é ofertada no espaço do CTA, que fica em um prédio contíguo. Em Fortaleza e Ribeirão Preto, a oferta acontece em um hospital e um ambulatório de doenças infectocontagiosas, respectivamente. Finalmente, em Porto Alegre a profilaxia está disponível em um serviço ambulatorial geral, dentro do qual há um SAE e um CTA.

Fortaleza é o único dos serviços onde a PEP está acessível todos os dias, sem interrupção. Nos demais, o atendimento para quem busca a profilaxia se inicia às 7 horas e se encerra entre 15 e 16 horas. A oferta da PEP se encerra antes do horário de fechamento das unidades de saúde, de acordo com o horário da oferta de testagem em cada uma delas e considerando a viabilidade de obter o resultado do teste anti-HIV

ainda no primeiro atendimento. Todos os serviços contam com retaguarda assistencial de unidades que funcionam em tempo integral, para onde os usuários que buscam PEP nos fins de semana ou fim de tarde e à noite são encaminhados.

Os serviços de São Paulo, Curitiba e Ribeirão Preto localizam-se em regiões centrais das cidades. Em Fortaleza, o serviço está numa região residencial, com poucas opções de transporte público. O serviço de Porto Alegre encontra-se em região periférica da cidade. O serviço que realiza maior número de atendimentos de casos de PEP sexual é o de São Paulo, com média de 51 casos novos por mês, e o que realiza menos atendimentos é o de Porto Alegre, com cerca de 10 casos novos mensais de PEP sexual.

Em todos os serviços, predomina o atendimento por demanda espontânea, mas em São Paulo e Ribeirão Preto este tipo de demanda é apenas um pouco superior àquela encaminhada por outros profissionais de saúde: respectivamente 51,6% e 48,4% em São Paulo e 53,5% e 46,5% em Ribeirão Preto. Em Curitiba e Porto Alegre, aproximadamente 80% dos usuários chegam por demanda espontânea, enquanto em Fortaleza esse percentual é de 70%.

4.3.1.2. Conhecimento sobre a PEP sexual

Foram quatro as principais fontes de informação sobre a PEP sexual acessadas pelas entrevistadas: as pessoas vivendo com HIV, as colegas profissionais do sexo, os serviços de saúde e a internet.

Apenas quatro mulheres conheciam a PEP quando avaliaram que podiam ter sido expostas ao HIV: Rosa, que já havia usado o método antes; Patrícia, que o havia descoberto por meio de pesquisas na internet e tinha tentado usá-lo uma vez; e Regina e Flora que, por serem companheiras de homens que elas sabiam viver com HIV, tinham buscado serviços de saúde para se testar e neles foram orientadas sobre a PEP.

"Quando eu vim fazer a coleta da primeira vez, depois eu voltei pra confirmar depois de um mês, aí eu tive orientação da equipe. Acho que foi da enfermeira ou assistente social. Ela entregou um folheto orientando que se eu tivesse exposição, que eu procurasse aqui, né?". (Flora, 32 anos)

"A menina que me atendia sempre falou, né: 'Ó, você usa preservativo, tudo, mas se um dia acontecer, tal, até 72 horas você vem'". (Regina, 46 anos)

A PEP era desconhecida mesmo entre mulheres que sabiam da existência do tratamento para HIV, conheciam os serviços de testagem de seus municípios, já haviam se testado, trabalhavam como profissionais do sexo e até entre aquelas que conviviam com homens vivendo com HIV:

"Eu tenho um parente que ele tem aids, só que a gente nunca tinha comentado coisas assim. Então, eu sei dos remédios e tal, mas eu não sabia que existia um tratamento de pós-exposição e coisas assim, não sabia". (Karina, 23 anos)

"Eu já sabia que tinha o COA desde quando eu era mais nova, desde os 19 anos. Mas não assim, que tinha esse tratamento, isso eu não sabia. Sabia que existia os coquetéis, né, que... os portadores soropositivos tomavam". (Eleonora, 38 anos)

"Eu conhecia [o tratamento para HIV] porque eu já tive um amigo que morou comigo e ele descobriu que ele era HIV. /.../ Mas a PEP não. A PEP no dia do exame eu descobri e depois eu entrei na internet e li sobre o medicamento, né?" (Beatriz, idade não informada)

"Na verdade foi pela internet, né? Pesquisando, pra onde que eu vou, corro. Pela internet. /.../ [Minhas colegas] nem sabem, na verdade. A maioria nem sabe. Eu comentei, elas não sabem. Por isso que eu [as] queria trazer, elas não sabem". (Patrícia, 25 anos)

"A minha amiga que me falou daqui, essa que já é garota, ela falou: 'Vamos nos encontrar lá no metrô que eu vou te levar no hospital que lá tem quem vai te ajudar.' Nossa, eu não consegui imaginar [o que seria a PEP]. Só queria resolver o meu problema. /.../ Passou um lance na cabeça que eu ia fazer um exame e ela comentou comigo que eles iam me dar um remédio. Mas só isso". (Simone, 27 anos)

"[Soube da PEP sexual] por uma amiga, ela usou, tinha me comentado. Mas o que ela me disse era uma injeção, não era em comprimido. Eu tomei em comprimido. Ah, [antes] eu tinha lido por folheto. Mas eu não tinha noção do que era. Tinha um folheto que era dois homossexuais, assim, mostrando, falava [sobre a PEP], mas eu não sabia o que era PEP". (Joana, 27 anos)

Beatriz e Manuela criticaram a falta de divulgação do método, que consideraram um dos maiores obstáculos para que as pessoas decidam buscá-lo. Bertha confirma esta

crítica, ao contar que em exposições anteriores não tinha buscado a profilaxia por não saber da sua existência:

"Porque, assim, a informação da PEP que a gente tem é que só o profissional da saúde que pode tomar. Tanto é que eu já vi bastante na internet, é só profissional de saúde. A gente veio porque a médica mandou. Falou assim: 'Eles têm que atender vocês'. Por exemplo, tem uma menina que sai com um cara, estourou a camisinha, a menina não liga, né? Aí, ela podia vir aqui tomar. Devia aparecer na televisão que, né, que tem essa opção. Isso aí vocês deviam falar pro Ministério, sei lá, da Saúde divulgar". (Beatriz, idade não informada)

"Olha, na verdade eu não [conhecia a PEP]. Lendo um pouco, se você não vai procurar na internet em relação ao caso do HIV você não descobre o que é a PEP. Falta divulgação, porque existem 'n' pessoas passando pelo mesmo processo que eu passei e elas não sabem que existe uma medicação que pode te ajudar. Falta muita divulgação do PEP". (Manuela, 42 anos)

4.3.1.3. Chegar aos serviços, a tempo

Para uma pessoa usar a PEP sexual, além de estar informada sobre sua existência e disponibilidade, é preciso que ela seja ativa na busca por ajuda em um espaço de tempo relativamente curto. De maneira geral, as entrevistadas não julgaram ter tido dificuldade de identificar os serviços onde a PEP estava disponível nem de chegar até eles, embora para algumas delas isso tenha envolvido algumas etapas de pesquisa, consulta a outras pessoas, longos deslocamentos e idas a mais de um serviço.

Os casos de Regina, Flora, Beatriz, Bethânia, Virgínia, Eleonora e Manuela ilustram como a ação programática dos serviços pode favorecer o acesso das mulheres à PEP e estimulá-las como sujeitos de seu autocuidado. Como visto, Regina e Flora conheciam tanto a profilaxia quanto o local onde poderiam acessá-la graças às orientações que haviam recebido nos serviços que frequentavam. Já Virgínia e Eleonora não conheciam os serviços de PEP, mas seus parceiros, ambos homens vivendo com HIV, os conheciam e as levaram até eles. Beatriz e Bethânia foram encaminhadas para a profilaxia por profissionais de outros serviços, a partir de atendimentos nos quais foi constatado que seus parceiros eram soropositivos. Manuela e seu parceiro, o único dos casais sorodiferentes que não conhecia a PEP, recorreram à unidade de saúde mais próxima da casa dela e foram encaminhados para o serviço de referência:

Ângela, Patrícia, Karina e Bertha conseguiram informações pela internet sobre os locais onde acessar a PEP, embora as duas últimas tenham precisado ir a mais de um serviço, já que os que haviam localizado online ofereciam apenas testagem:

"Ah, achei assim bem fácil. O modo de procurar fácil, o endereço certinho. Pesquisei, liguei pra saber o que acontecia, vim e fiz. Foi bem fácil e rápido. Eu procurei [na internet] o serviço completo, a situação que eu passei, o que poderia acontecer, como pode, assim, evitar - mais ou menos evitar -, saber se a pessoa tem alguma coisa ou não. Aí eu encontrei e vim direto aqui". (Ângela, 22 anos)

"Procurei na internet e achei o posto de saúde [nome do serviço]. Fui lá fazer CTA. A moça me fez uma primeira entrevista e me mandou pra UPA. Chegou lá, eles me deram a primeira dose da PEP e me encaminharam pra cá". (Bertha, 47 anos)

Para Judith, Leila, Simone e Joana, as colegas profissionais do sexo foram importantes não apenas para lhes informar sobre a existência da PEP, mas também sobre os serviços onde a profilaxia estava disponível. Elas já conheciam os serviços, mas nenhuma delas sabia que eles ofertavam PEP:

Em geral, as entrevistadas consideraram fáceis os itinerários que percorreram até os serviços:

"Foi fácil chegar" (Patrícia, 25 anos)

"É super perto [de casa]. A gente sempre passava em frente, mas a gente achava que nunca ia precisar." (Beatriz, idade não informada)

Moro dentro de Ribeirão mesmo. Tenho carro, então cheguei tranquilo (Leila, 23 anos)

"Foi tranquilo. É próximo da minha casa". (Flora, 32 anos)

Mas houve casos em que foram necessários longos deslocamentos e horas de peregrinação até chegar à PEP, indicando que a disponibilidade do método nem sempre assegura sua acessibilidade. Joana e Judith se deslocaram cerca de quarenta quilômetros cada uma. Joana reconheceu que a distância dificultava, enquanto Judith disse preferir usar um serviço longe de casa, por confiar na especialidade do serviço em lidar com casos como o dela e para evitar o encontro com pessoas conhecidas. Rosa, que levou cerca de seis horas para chegar ao serviço, contou que a distância é um dos fatores que a faz ponderar as situações em que vale a pena ou não recorrer à PEP. Embora já tivesse

usado a profilaxia, ela não sabia que existia um serviço que a ofertava próximo a sua casa e buscou o serviço onde costumava se testar:

"Se fosse perto era melhor [risos]". (Joana, 27 anos)

"[Aqui] eu acho que eles já tão preparados pra essas situações, né? Se fosse lá do postinho, lá perto da minha casa, acho que eu não ia me sentir a vontade pra fazer [PEP] porque é mais, assim, bairro, né? E sei lá, eu achei muito mais seguro porque não vai ter tipo alguém conhecido, assim, do meu bairro, entendeu?". (Judith, 32 anos)

"Hoje eu tô correndo desde a hora que eu acordei, que eu falei, ontem, aconteceu isso ontem, né? Eu falei: 'Amanhã eu vou procurar'. Aí, que aconteceu? Eu pensei em ir no (nome do serviço). Eu falei: 'Mas é muito longe'. Eu não sabia daqui. Eu falei: 'Vou em (nome de um segundo serviço), que é o lugar que falaram pra mim, né? Aí, eu falei 'Não. Muito longe. Então, eu vou lá na (nome de um terceiro serviço)'. Aí, uma garota me levou lá. Falou: 'Eu te levo lá'. E fomos lá. Só que lá não faz a PEP, é só o exame. Aí, eles falaram daqui. Aí, eu falei: 'Nossa, do lado ali de casa!'/.../ Tem caso que você deixa batido. Ah, estourou rapidinho, você larga pra lá. Dá uma preguiça porque é longe ou tem muito cliente, você não vai". (Rosa, 39 anos)

A impossibilidade de acesso à PEP foi relatada por duas entrevistadas. Era a segunda vez que Adriane buscava a PEP e nas duas ela não chegou ao serviço a tempo. Ela relata ter recebido orientações incorretas no serviço de saúde próximo de sua casa e que foi por isso que demorou mais de 72 horas para ir ao serviço de referência. Patrícia conseguiu acessar desta vez, mas contou que da primeira vez que tentou usar a profilaxia foi informada pelo serviço que a PEP estava disponível apenas para casos de violência sexual:

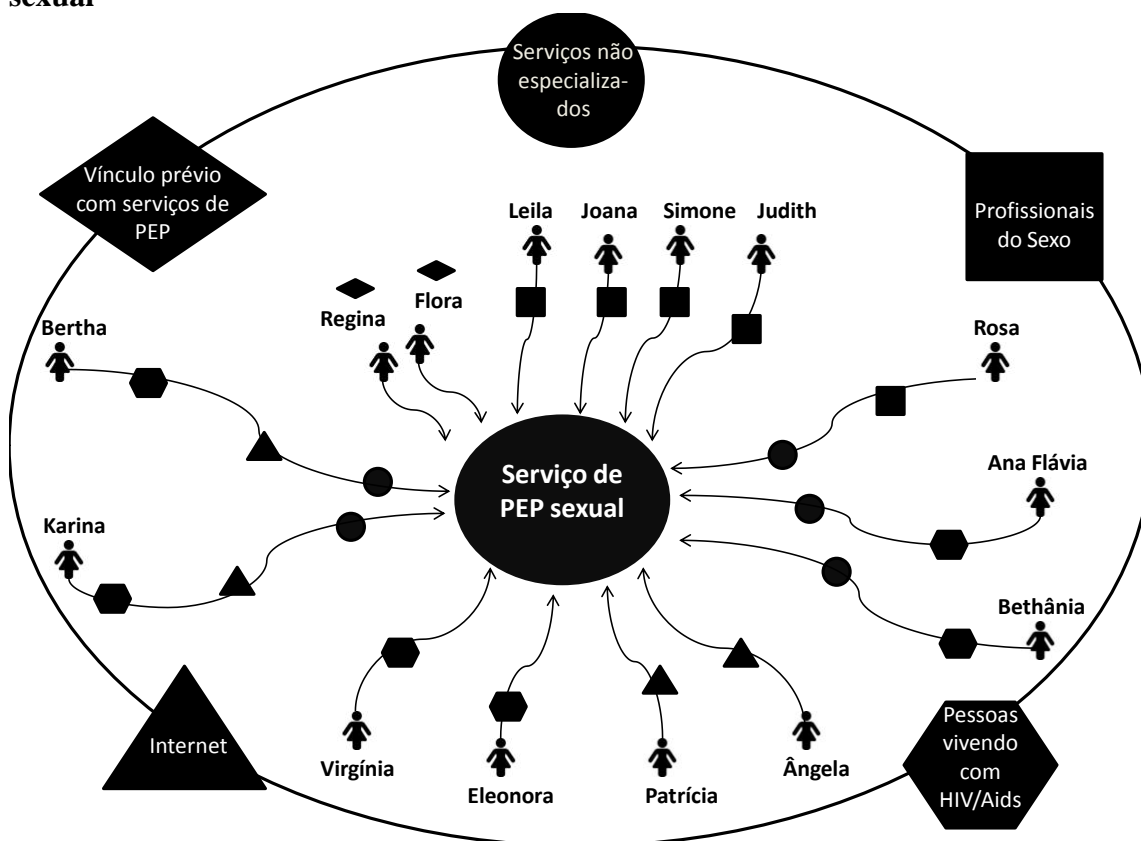
"[Eu já conhecia] pelo fato de eu trabalhar na área da saúde, né? E, assim, eu já conhecia que aqui era o hospital de referência pra toda doença infecciosa. /.../ Só o que eu não sabia - como é que se diz? - era o tempo de limite. /.../ Aí eu falei com a minha enfermeira. Procurei ela na segunda-feira, ela não foi trabalhar. Aí quando foi na terça-feira eu procurei por ela, aí contei o que tinha havido, aí ela mandou eu imediatamente vir pra cá. Mandou eu vir na terça-feira pra cá ou então na quarta. Aí eu vim na quarta-feira e não deu certo. /.../ Agora? Tô triste, né, porque eu não esperava isso. /.../ Se eu soubesse, tinha vindo antes, tinha vindo na hora!". (Adriane, 46 anos)

"[Da outra vez], eu fiquei uma semana desesperada, mas tentei procurar o tal do coquetelzinho e eu não consegui. Eu liguei em

dois lugares do governo e disseram que não, que era só pra estupro, que não sei quê. /.../ Bateram com a porta na cara. Aí depois tentei comprar em farmácia, tentei comprar pela internet, porque eu pesquisei os nomes, né? Todos esses remédios que eu sei o nome já. É proibido a venda, não tem ninguém que venda escondido nem nada.../.../ [Dessa vez] liguei e daí ela [a enfermeira] pediu pra eu vir aqui. Falou: 'Venha. E já!'. Aí eu vim". (Patrícia, 25 anos)

A figura 1 sistematiza os diferentes elementos mediadores (marcados por diferentes figuras geométricas) que as entrevistadas encontraram nos seus cenários quando decidiram usar a PEP:

Figura 1: Elementos mediadores nos cenários programáticos de busca da PEP sexual



4.3.2. Qualidade e aceitabilidade: em cena nos serviços de PEP sexual

4.3.2.1. O primeiro contato com o serviço: medo e desespero diante do risco de estar infectada pelo HIV

Em todos os serviços, o fluxo para o atendimento de quem busca a PEP sexual começa na recepção. Como são serviços que atendem demandas variadas, em todos, à

exceção de Curitiba, a pessoa que busca PEP primeiramente entra em contato com a recepção geral do serviço, onde já informa a sua demanda, e, posteriormente, passa pela recepção do serviço onde a PEP é ofertada. No serviço de Ribeirão Preto, a fim de evitar que as pessoas tenham que relatar a exposição sexual na recepção, como acontece nos outros serviços, foi criado um cartão com perguntas para os usuários responderem, que permite identificar se a exposição sexual ocorreu há mais ou menos de 72 horas.

A chegada das entrevistadas aos serviços foi frequentemente marcada pelos sentimentos de medo, ansiedade, desespero e nervosismo. A recepção, como espaço de primeiro contato delas com os serviços, cumpriu papel importante não apenas para a consecução do acesso, mas também para o acolhimento e a orientação dessas mulheres. Foi neste espaço que Leila, Judith, Ângela e Virgínia fizeram o primeiro relato do acidente ocorrido.

"Cheguei na recepção, perguntei pra moça como que fazia. Eu falei pra ela: 'Sou profissional do sexo, aconteceu de estourar o preservativo na hora da ejaculação. Como que eu faço pra tomar o coquetel?'. E ela pediu um documento, mandou eu aguardar e nisso eu aguardei". (Leila, 23 anos)

"Cheguei [na recepção], perguntei pra moça, expliquei pra ela o caso. Eu falei que eu tinha ligado antes pra falar. Ela me falou do prazo de 72 horas e me deu um questionário. Eu coloquei lá a alternativa que me ocorria, né? Esperei, no caso, aí me chamaram e [a recepcionista] me levou diretamente pra enfermeira". (Ângela, 22 anos)

"Eu cheguei aqui eram umas 8 horas da noite. [Na recepção] o moço pediu pra eu tirar uma ficha. Eu contei que eu tinha sido exposta ao vírus do HIV. Foi ele [o parceiro] que falou. Ele falou que... Bom, ele disse que a gente tinha feito, que a gente tinha tido relação sexual e que a camisinha tinha rasgado e que ele era... Que ele tinha o vírus HIV". (Virgínia, 21 anos)

Em geral, as entrevistadas se sentiram bem atendidas:

"Na recepção eu fui muito bem atendida, tá entendendo? A menina foi muito legal comigo ontem e hoje". (Adriane, 46 anos)

"Nossa, foi bem tranquilo, foi bem bacana. Eu cheguei, acho que eu tava muito nervosa, né? Que eu tava bem preocupada com isso, e tal. Então, assim, foi bem tranquilo, assim, eles são bem atenciosos e tudo. Não teve nenhuma dificuldade de acesso nem de abertura". (Karina, 23 anos)

Simone foi a única que relatou dificuldades no atendimento da recepção. Ela só conseguiu entrar no serviço depois de pedir informações ao segurança. Vale notar que ela foi atendida em um serviço grande, que tem mais de uma recepção - uma geral e outras específicas para o tipo de atendimento buscado - e que na segunda, a específica para testagem e PEP sexual, ela relata ter sido bem atendida. Judith, que foi ao mesmo serviço que Simone, não teve dificuldades no dia em que buscou a PEP, mas relata que se baseou nas duas experiências prévias que tivera de não conseguir ser atendida naquele serviço de saúde. Ela chegou cedo e explicou, de imediato, que se tratava de uma urgência.

"Eu cheguei na recepcionista e falei assim: 'Eu queria passar no médico'. Ela falou: 'Você é soropositiva?'. Aí eu: 'Não'. Ela falou: 'Então não tem como'. Aí eu falei pra minha amiga: 'E agora?'. Mas ela falou: 'Mas é aqui. É o único lugar, é esse endereço, é esse hospital'. Aí a gente ficou meio sem saber o que fazer. Aí, eu cheguei no segurança. Falei: 'Moço, é aqui que é o hospital de HIV, de soropositivo, mas só que passa garota de programa, travesti, essas coisas?'. Ele: 'É. Mas só que é no [prédio] de trás'. Eu falei: 'Ah, tá'. Então, a mulher não soube me explicar, tipo assim: 'Mas o que que você precisa fazer? O que aconteceu?', faltou um pouco isso. Aí, foi onde a gente veio aqui, que aí eu cheguei na moça, que eu pergunto, não tenho vergonha. Falei: 'Ai, moça, aconteceu isso. é aqui mesmo?'. Ela: 'É aqui'. /.../ Aí, eu sentei, assim, super nervosa. Ela ficou, falou: 'Que que aconteceu? Calma. Calma'. Veio um rapaz super gente boa, falou: 'O que aconteceu?'. Aí, a mulher, acho que ela tava aprendendo, ela não sabia resolver muito esse negócio do PEP, né? Aí, ele perguntou pra mim o que tinha acontecido, né? Aí, eu expliquei pra ele. 'Ó, fica tranquila, que a gente vai fazer o procedimento, né? O seu cadastro, depois a gente vai te encaminhar pro lugar certo. Pode ficar tranquila.' Aí, foi isso, tipo assim, super tranquilo com ele. Aí ele perguntou o que eu fazia, né? Porque tem vários tipos de exposição, né? Aí falei pra ele: "Eu sou garota de programa." Assim, foi super... Não senti nenhum, nenhum trauma, assim, de falar, não. Só queria resolver meu problema". (Simone, 27 anos)

"Quando aconteceu esse acidente, eu já sabia que tinha que chegar cedo, porque já tinha dado duas viagens perdidas. Então, eu já cheguei bem cedo e já falei logo: 'Preciso ser atendida urgente. Aconteceu isso, isso e isso'. Já meti logo o terror. Falei: 'Eu sou garota. Aconteceu isso, isso e isso. E eu preciso ser atendida porque já fiquei em pânico. Porque era um cliente que eu não sei nem o paradeiro daquele homem'. /.../ Tava morrendo de medo". (Judith, 32 anos)

O acolhimento e os esclarecimentos prestados nos atendimentos seguintes contribuíram para amenizar o medo das entrevistadas, sobretudo daquelas que se expuseram em relações com parceiros sabidamente positivos.

"Eu fui atendida, eu tava com muito medo, muito tensa, mas aí o médico que me atendeu ele disse que a chance de eu pegar era quase zero, aí eu fiquei mais tranquila". (Virgínia, 21 anos)

"Fiquei desesperada. Chorei. Voltei lá. Elas conversaram comigo, me acalmaram, também. Mas, assim, na hora você não fica calma com nada, né?". (Bethânia, 41 anos)

"Foi bem difícil assim no hospital, mas, nossa, pela força assim que eu tive dos profissionais, foi bem legal". (Eleonora, 38 anos)

4.3.2.2. Fluxo das etapas de atendimento

Após passar pela recepção, uma vez cadastrada no serviço, a pessoa em busca de PEP sexual é encaminhada para uma consulta com profissional de saúde que verificará se a profilaxia é efetivamente recomendada para ela. Em Fortaleza, esse atendimento é feito pelos médicos e não conta com uma sala privativa. Ele acontece em frente ao balcão da enfermagem, próximo à sala de medicação, onde frequentemente há usuários sendo atendidos. Em Ribeirão, São Paulo e Curitiba, o atendimento inicial é feito por aconselhadores, que podem ser profissionais de saúde de diversas formações, e contam com salas próprias para atendimento. Uma vez confirmada a necessidade de indicação da PEP sexual, segue-se a coleta de sangue para exames de HIV, sífilis e hepatites. O exame de HIV é feito por meio de testagem rápida. Se o resultado for negativo, a pessoa segue para as próximas etapas de atendimento de PEP sexual. Se for positivo, é encaminhada para acompanhamento no serviço especializado em aids.

O resultado do exame anti-HIV é entregue por um profissional de saúde, que pode ser o médico (caso de Fortaleza e Ribeirão Preto) ou um aconselhador (caso de Curitiba e São Paulo). Nestes dois últimos serviços, a pessoa segue, então, do aconselhamento para o atendimento médico, quando será feita a prescrição dos medicamentos.

A primeira dose da profilaxia é tomada ainda no serviço, a fim de que o tempo decorrido entre exposição e início da PEP sexual seja o menor possível. Esta tomada pode acontecer no consultório médico, no atendimento de enfermagem ou na farmácia

do serviço. Na farmácia, o usuário retira os medicamentos para os 28 dias de profilaxia. É agendada a primeira consulta de retorno para, em média, 30 dias após o início da profilaxia.

O serviço de Porto Alegre segue as mesmas etapas que os demais, mas em todas elas os atendimentos são realizados pela dupla de enfermeiras que é responsável pela PEP sexual no serviço, utilizando uma única sala para tudo - aconselhamento, coleta de sangue para exames, entrega de resultados, entrega dos medicamentos e agendamento da consulta de retorno.

A figura 2 sistematiza as etapas de atendimento.

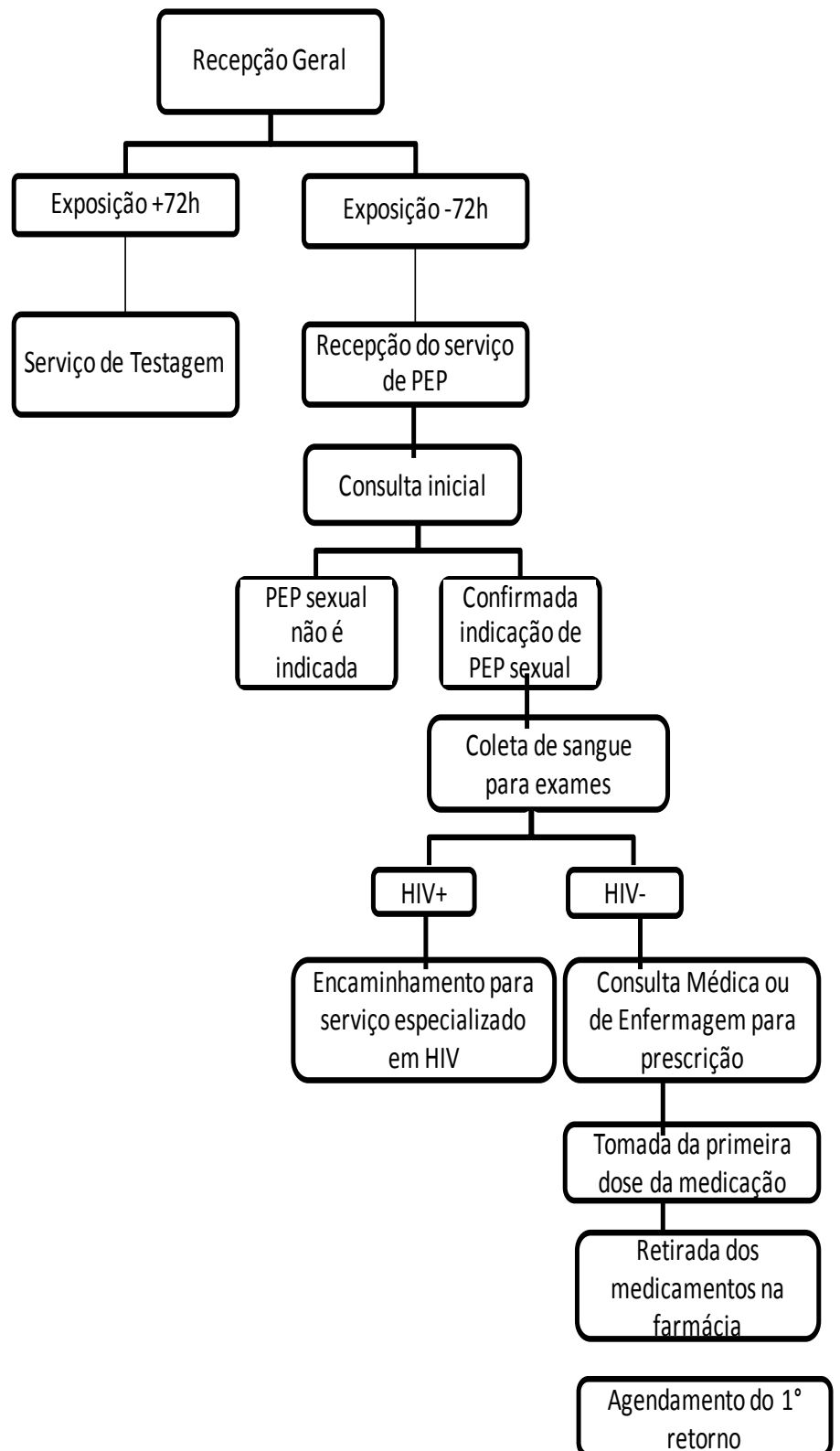
De maneira geral, as entrevistadas narraram o seguimento das etapas como algo que se desenrolou dentro do esperado por elas em um atendimento de saúde: um pouco demorado, mas tranquilo e resolutivo.

"Ah, fui na psicóloga, ela conversou comigo, perguntou o que aconteceu. Eu fui explicar pra ela que eu era garota, que usei camisinha, mas a camisinha ficou dentro, tá-tá-tá, tá-tá-tá. Aí, ela pegou e encaminhou pros outros procedimentos, né? Aí fui fazer a coleta do exame de HIV, aí, tive que esperar um pouco pra sair o resultado. Aí, saiu o resultado no mesmo dia. Aí, eu já peguei o resultado, já tomei o comprimido, e aí foi se resolvendo". (Judith, 32 anos)

"Aí eu contei pra ele [médico] tudo que tinha acontecido. Aí, como ele tava comigo, o rapaz tava comigo, aí o médico perguntou pra ele qual era o medicamento que ele tomava. Aí ele passou o mesmo medicamento pra mim, pra eu tomar durante os 28 dias. E passou também a pílula também pra eu comprar, no caso a pílula do dia seguinte, que eu não tomo anticoncepcional. E pronto. Aí eu fui pegar o remédio na farmácia aqui e fui pra casa". (Virgínia, 21 anos)

"Aí, me chamaram. Primeiro acho que foi uma moça, não sei se era psicóloga, não sei o que era. /.../ Ela perguntou: 'Como que foi seu acidente?'. Eu falei: 'Olha, eu sou garota de programa. O cliente fez isso, isso'. Ela falou: 'Que horas?'. Eu falei: 'Foi por volta de onze e meia, onze horas'. Ela falou: 'Nossa, você veio super rápido, é difícil uma menina que trabalha nesse ramo e vir

Figura 2: Esquema das etapas de atendimento da PEP sexual nos serviços participantes do estudo *Combina!*



já no mesmo horário, né?'. Eu falei: 'Eu me preocupo muito com minha saúde'. Ela falou: 'Então fica tranquila, vai dar tudo certo'. Aí, ela falou todos os exames que eu ia colher, que eu ia tomar um remédio, né? Aí, depois que ela me falou que seria, que eu ia ter que pegar o potinho, que eram dois potinhos, que eu ia tomar durante um mês /.../. Aí, eu passei lá com o pessoal ali da enfermagem. /... / Aí, depois que chegou o exame, eu passei com a ginecologista, que foi ela que abriu o exame. Aí, a gente conversou um pouquinho também". (Simone, 27 anos)

Eu cheguei meio apavorada. Mas tranquilo. Me atenderam bem, me atenderam rápido. A enfermeira que me atendeu já foi conversar com a médica. A médica já me atendeu na hora. Viu a necessidade de eu fazer esse tratamento, por eu ter tido uma exposição. Foi ótimo. Foi bom. Rápido". (Bethânia, 41 anos)

Houve, porém, casos em que falhas nos encaminhamentos entre as etapas ou demoras excessivas geraram dificuldades para as mulheres, como aconteceu com Joana, Manuela, Beatriz, Karina e Bertha. No caso de Manuela, o laboratório do serviço não realizou as sorologias solicitadas pelas enfermeiras no dia em que ela buscou a PEP, tampouco a convocou nos dias seguintes para ir fazer os testes. Ela, então, buscou o serviço de emergência, onde, além de ser testada, recebeu também uma nova dose de medicamentos, o que resultou na tomada excessiva dos antirretrovirais, que ela usou durante quarenta dias. No caso de Bertha, a demora foi para a entrega da primeira dose do medicamento na Unidade de Pronto Atendimento, onde a hesitação da equipe sobre a recomendação da PEP quase a impediu de realizar a profilaxia. Já para Beatriz e Joana, ambas atendidas no mesmo serviço em São Paulo, a dificuldade foi a demora no primeiro dia de atendimento, enquanto que Karina teve dificuldades com o agendamento das consultas de seguimento, em função da sobrecarga de atendimentos do serviço.

"[Solicitaram os exames] e mandaram pro laboratório e lá no laboratório eles não fizeram, pediram pra eu voltar outro dia, e outro dia, e outro dia, e deu este problema. /.../ Aí eu fui na emergência e fiz os exames e fui atendida maravilhosamente bem./.../ [Na emergência] me deram medicação de novo, aí fiquei tomando que nem uma maluca a medicação e, mesmo passando dos vinte e oito dias, eu continuei com a medicação e não tive nenhuma reação". (Manuela, 42 anos)

"O único atendimento que não foi bom foi em dezembro. Mas até entendo, quase não tem profissionais aqui. É muito corrido, né? É que dezembro demorou um pouco mais. Mas eles já avisaram antes, quando nós entramos, que ia demorar um pouco

mais, porque a equipe tava reduzida./.../ Demorou umas três horas. /.../ E, também, naquele dia deu umas complicações [risos]. Me mandaram pra um lado e depois me mandaram pra outro. Mandaram pra fazer coleta e eu fiz. Aí, depois, eu fui mandada pra doutora. Falei com a doutora, só que a doutora me mandou pra outro doutor e ele mandou fazer coleta de novo, mas eu já tinha feito. Aí eu falei: 'Não. Eu já fiz'. Ele: 'Ah, então você veio só pra quê?'. Eu 'Pra colher o [resultado do] exame'. /.../ Ele: 'Ah, então você tem que pegar o remédio'. Aí, eu saí de lá, vim pegar o remédio aqui na farmácia e tomei a primeira dose aqui". (Joana, 27 anos)

"É que como aqui tem muita gente pra ser atendida foi bem mais que três meses, assim. Pra conseguir uma consulta [de seguimento], assim, às vezes leva dois meses ou mais tempo, só pra conseguir uma vaga". (Karina, 23 anos)

"Na UPA foi um pouco confuso porque elas não tinham certeza se ia me dar a PEP ou não. Demorou, a enfermeira ia e voltava, ia e voltava, ia e voltava. Falava: 'Aguarda aqui'. Depois, me levou pra um corredor: 'Aguarda ali. Elas tão vendo teu caso, vão ver se é necessário, não sei que'. Pensei: 'Pô, estou falando que eu tive uma exposição, né? Já estou vindo encaminhada de um CTA'. Eu achei que elas titubearam. Elas não estavam bem certas de como proceder lá num caso desse, elas disseram que ia ter que vir pra cá. Aí, eu falei: 'Você quer que eu vá no dia seguinte? Porque já são quase cinco horas. Eu vou chegar lá, não vai ter medicamento. Vai passar mais tempo e eu vou ficar sem remédio'. Aí, ela falou com alguém que falou: 'Pelo horário é aqui mesmo. Porque aqui a gente só faz de fim de semana e não sei o quê'. Então, aí elas resolveram. Aí me atendeu muito bem, na hora que elas decidiram que eu precisava mesmo da PEP, me trataram muito bem. Fizeram o exame rápido, fizeram perguntas, me encaminharam pra cá e tudo. Fizeram tudo que tinha que fazer. Mas demorou um pouco até elas decidirem se eu ia receber mesmo a PEP lá ou não". (Bertha, 47 anos)

Todas as entrevistadas fizeram exames para sífilis e hepatites, além da sorologia para HIV, conforme previsto no protocolo de PEP. Além disso, Beatriz, Ângela, Judith e Simone relataram também terem sido vacinadas para a hepatite B. Virgínia, Judith e Bertha, que não usavam métodos contraceptivos complementares à camisinha, e Karina e Patrícia, que já eram usuárias de anticoncepcionais hormonais, usaram contracepção de emergência após o acidente. Karina, Bertha e Patrícia o fizeram por conta própria, comprando os medicamentos em farmácias.

Apesar de amenizado, o medo de ter se infectado persistiu ao longo do seguimento da PEP. À época da coleta de dados, todos os serviços realizavam o

seguimento até 180 dias após o início do tratamento profilático, conforme previsto no protocolo nacional vigente até 2015. As entrevistadas estavam cientes de que a testagem realizada no dia da busca pela PEP sexual verificava o status sorológico delas prévio à exposição que as levou ao serviço, mas que somente as testagens seguintes é que poderiam confirmar o status sorológico após a exposição que as levou à PEP:

"Eu tava assim transtornada, né? Aí quando veio o resultado negativo eu fiquei mais calma. Mas mesmo assim ela falou: 'Ó, tem uma janelinha, né, então você tem que esperar mais 30 dias'. Aí foram mais uns 30 dias, assim, de sufoco." (Regina, 46 anos)

"Mas, ó, depois dos trinta dias que eu voltei e repeti todos os exames, que eu vi que o medicamento realmente resolveu - que eu acho que resolveu, sim, né, o risco era grande - você se sente aliviada. Você fala: 'Putá, o remédio funciona. É bom'. Você fica despreocupada." (Beatriz, idade não informada)

"Aí ela [a médica] me falou: 'Olha, deu negativo. Mas tem aquele período da janela'. Só que, assim, já me deu uma boa aliviada. Só que esses dias foram dias, assim, foi quase dois meses que eu tô esperando pra ter feito esse exame aqui de novo, né? Agora eu tô um pouco mais aliviada. /.../ Nossa, não conseguia nem dormir direito. Mas tô melhor agora. Foi horrível". (Bethânia, 41 anos)

Bertha, que buscou a PEP após uma relação sexual em que um homem de sorologia desconhecida ejaculou fora da vagina dela foi a única mulher que relatou estar tranquila porque considerava que o risco de se infectar era baixo:

"Eu acredito que eu não tenha [me infectado], porque o parceiro, também, realmente nem ejaculou dentro. /.../ Mas é um excesso de autoconfiança, porque como eu já tive esse comportamento de risco antes e nunca peguei nada, então eu acho que inconscientemente eu fico achando que eu sou meio... Imune, entendeu? E eu acho que não vai acontecer nada comigo, porque ele nem ejaculou dentro, entendeu? Ela [a médica] disse que a resposta da medicação que eu tô tomando, do PEP, tem muito a ver com o grau da exposição, né? E a minha foi uma exposição relativamente leve, não foi tão perigosa como contato com sangue, essas coisas". (Bertha, 47 anos)

4.3.2.3. Em cena com os profissionais de saúde

A interação entre profissionais de saúde e usuárias dos serviços é um aspecto fundamental de qualquer prática de atenção em saúde. No atendimento à PEP sexual, o

modo como se dá essa interação é particularmente relevante, uma vez que envolve o diálogo sobre vivências íntimas que as usuárias podem ter dificuldades em expor e que podem envolver práticas sexuais estigmatizadas. Tendo isso em vista, pedimos às entrevistadas que descrevessem como foi o processo de contar para os profissionais as cenas sexuais que as levaram a buscar a PEP sexual, incluindo suas impressões quanto a eventuais juízos morais por parte deles.

As entrevistadas relataram ter sido bem atendidas e perceberam os profissionais como bem preparados para dialogar sobre os temas que a PEP suscita, para acolhê-las quando estavam ansiosas e para esclarecer as dúvidas que tinham.

"Me acalmaram o todo tempo. 'Calma. Vai ficar tudo bem. Você veio super rápido'. Eu tava tremendo muito, o enfermeiro, ele deu [o comprimido] na minha boca, assim, né? 'Segura o copo pra não derrubar'. Ainda passei um pouco mal, porque o remédio era bem forte, né? Aí ele falou: 'Senta um pouco'. /.../ Eles me deram super atenção, assim, nossa! A ginecologista quando foi abrir o exame, ela também, dez. Quando me mandaram lá pra cima também, a doutora também super dez, assim, é uma pessoa que converso bastante com ela, ela é bem gente boa. Aqui não tenho do que reclamar, não." (Simone, 27 anos)

"Foi tranquilo, tudo tranquilo, sem nenhum preconceito, sem nenhum problema, me deixaram bem, bem tranquila. Excelente, essa enfermeira que me atendeu, maravilhosa, atenciosa. O pessoal do serviço, todos me atenderam muito bem, super discreto, foi maravilhoso, eu me senti muito, muito segura, tanto que eu tenho que voltar daqui a dois meses pra fazer o exame e ela falou que eu posso ir em outro posto, mas eu não, eu prefiro vir aqui porque aqui eu me senti segura. A enfermeira me atendeu muito bem, esclareceu várias dúvidas me deixou muito, muito tranquila." (Manuela, 42 anos)

"Foi tranquilo. Eu acho que eles já tão preparados pra essas situações, né?" (Judith, 32 anos)

"[Foi] tranquilo. Porque aqui eu acredito que eles já tão acostumados com isso, né? Então, assim, foi tranquilo. Eu sou muito apavorada, muito desesperada. Você viu aquela hora, né? Mas foi tranquilo. Conteí normal. Eles me tranquilizaram bastante". (Bethânia, 41 anos)

"Pra mim foi importante [contar para a enfermeira o que aconteceu]. Porque se eu não tivesse contado, às vezes eu poderia, mais pra frente, ter uma consequência. Se você não fala, se você omitir alguma coisa, aí omite uma informação importante pro profissional de saúde, não pode. É importante

você falar. Tanto é que eles já passaram... Todo dia eles passam por esse tipo de situação, a pessoa vai lá e fala. Não tive problema com isso. Hoje vim saber os resultados dos exames, também foi bem receptivo". (Ângela, 22 anos)

"Então, eles tentavam acalmar a gente, né? Eu percebi que aqui dentro o pessoal é bem experiente, então eles mantêm uma calma, uma tranquilidade, eles conversam com você. /.../ O médico que me atendeu falou assim: 'Mantenha a calma. Sabe, você vai tomar o medicamento, você vai ver, não vai ser nada. É só ter mais cuidado'. Então, assim, eu percebi que todos eles foram muito carinhosos./.../ A equipe é muito boa, o médico, o hospital é bom, o atendimento é bom. A médica é super atenciosa, sabe assim? Tudo que você pergunta, ela responde. Tem médico que nem olha na tua cara, né? Mas ela é espetacular. O atendimento todo aqui, no geral, é bom. O pessoal que tira o sangue, faz a coleta. É bem tranquilo aqui". (Beatriz, sem idade informada)

Mesmo Regina, Eleonora, Karina e Virgínia, que se sentiram inicialmente constrangidas em falar sobre os motivos que as levaram à exposição, afirmaram que com o acolhimento que receberam foi possível superar o constrangimento. O mesmo foi relatado por Simone em relação a se declarar profissional do sexo.

"Eles são acostumados, né, a lidar com isso, assim e tal. Você fica meio sem graça, mas, né, acabei contando e tal./.../ Inclusive, quando a pessoa vem procurar aqui a primeira vez sempre vem com medo, né. Vem ansioso, nervoso, e tal. Então, até essa questão os profissionais conseguem lidar bem, com essa ansiedade que o paciente vem trazendo". (Karina, 23 anos)

"É, no primeiro momento assim, eu fiquei meio assim, um pouco com vergonha, né? Mas, acho que até pela forma que a menina me atendeu, a forma que ela foi me tratando, conversando comigo, eu fui me abrindo com ela. Parece que ali eu tive uma oportunidade [de dialogar], porque era uma coisa que eu não podia contar, né? Nem pra filho, nem pra vizinho. /.../ Aí quando eu entrei na sala pra pegar o resultado, assim, eu tava sentindo ânsia, passando mal já antes da hora. Ela falou: 'Calma, Deus é bom', né. /.../ Então hoje parece que eu já tô meio conhecida das meninas daqui, né? /.../ Qualquer dúvida que hoje eu tenho eu tiro aqui, todas as minhas dúvidas.". (Regina, 46 anos)

"Fico até com vergonha, assim, de falar do que eu faço. Mas, olha, o pessoal trata super bem, sabe? Nossa. Tipo assim, não tem preconceito. Porque tem gente que tem preconceito, né? Aqui, imagina, ninguém [teve preconceito], de jeito nenhum". (Simone, 27 anos)

"A enfermeira, né, gente boa. Ela perguntou tudo, um monte de coisa, assim, não é? E eu fui respondendo. E tudo legal. Não foi grossa". (Rosa, 39 anos)

Apesar da predominância de relatos positivos, Patrícia e Joana relataram situações constrangedoras em seus atendimentos, a primeira com a aconselhadora e a segunda com o médico. Além delas, Rosa relatou que, embora não tenha tido nenhum problema desta vez, em outras vezes que buscou a PEP sexual em outros serviços já se sentiu discriminada:

"Ela [a aconselhadora] me deixou mais nervosa. Porque ela é muito séria. Fala muito firme, assim, sabe? Então... Ali foi brabo [risos]. Foi difícil. [Eu tava] nervosa, né? Como diz, tava devendo, né? /.../ Foi difícil [falar], pior que foi. E ainda tinha que contar o porém, onde, porque e quando, né? Ela ficou espantada, não sei como é que se espanta ainda, né? Deve ouvir coisa pior. Sabe aquela cara de quem não gostou do que ouviu? Como quer dizer 'merecido', sabe? Não foi muito legal. Por isso que ali foi a que mais me deixou tensa. Já a outra moça já foi tranquilo e tal, pra coleta. Foi bem bacana, tranquilo. /.../ O aconselhamento que é difícil." (Patrícia, 25 anos)

"Só o doutor que foi ríspido. O resto foi tranquilo." (Joana, 27 anos)

"Tem lugar que eu fui que já foram grossas, médicas que foram grossas. Elas falaram: 'Ah, você vai ficar fazendo PEP até pegar aids', tipo assim. Eu senti, assim, que foi...Foi constrangedor, porque eu não esqueci, né? E faz tempo isso, ó [estala os dedos], eu não tinha nem o meu menino de dois anos, foi bem antes. E eu não esqueço." (Rosa, 39 anos)

4.3.2.4. Avaliação sobre os serviços

De forma coerente com os relatos predominantemente positivos que fizeram dos atendimentos, as entrevistadas avaliaram positivamente o conjunto dos serviços, mesmo Karina, Bertha, Beatriz e Joana, que enfrentaram dificuldades em etapas específicas. Valorizaram, especialmente, a agilidade do atendimento e o acolhimento recebido:

"Foi tranquilo, não [tive] nenhum problema. Sempre fui super bem atendida, super rápido". (Virgínia, 22 anos)

"Todas as vezes fui bem atendida". (Bethânia, 41 anos)

"Excelente. O atendimento aqui é classe A". (Beatriz, idade não informada)

"Muito melhor do que eu imaginava. Eu não esperava que seria assim". (Leila, 23 anos)

"Fui bem atendida, sim. Não tenho do que reclamar, não. Eles foram atenciosos. O volume, a demanda é grande, então assim, às vezes, tem que esperar um pouquinho, mas dentro do esperado mesmo. Mas o atendimento tem sido bom". (Flora, 32 anos)

"Eu acho muito bom [o serviço]. Eu não tenho nada a reclamar. Eu vi muita [gente] reclamar sobre aqui, né? /.../ [Reclamaram] de que era muita gente pra pegar remédio, eu falei: 'Mas vai ver que isso era antes, vai ver que agora eles melhoraram lá'." (Eleonora, 38 anos)

"O pessoal daqui é maravilhoso pra atender, todo mundo. Tratam a gente muito bem, com muita educação, o atendimento é ótimo". (Regina, 46 anos)

"Olha, o tratamento foi um luxo, viu? Não tenho que reclamar, não". (Simone, 27 anos)

"Ah, muito bom. Eu gostei". (Rosa, 39 anos)

"Aqui foi tranquilo, aqui foi perfeito. Tudo rápido. /.../ Senti uma segurança muito maior aqui do que na UPA". (Bertha, 47 anos)

"Eu senti que não foi descaso. Senti que ela [a enfermeira] se preocupou, sabe?" (Ângela, 22 anos)

Eles me atenderam super bem. Explicaram como que era o medicamento, os efeitos, como que eu ia lidar, Que não podia pular nenhum horário. Então, eles explicaram tudo... Os enjoos, os sintomas. Aí, já agendaram o retorno de imediato pra mim, 30 dias depois. Então o atendimento foi muito bom." (Beatriz, idade não informada)

Questionadas sobre o que mudariam no serviço, apenas Patrícia fez uma sugestão, que seria a eliminação do aconselhamento, por percebê-lo como uma etapa desnecessária e angustiante. As demais responderam que não mudariam nada.

"Na verdade, eu acho que o aconselhamento seria desnecessário [risos]. Eu acho que a médica já deveria falar direto com você, entendeu? O tal do expor pra uma pessoa que você não conhece o que aconteceu, é... É estranho. Porque ela não me acalmou em nada, ela piorou minha situação! [risos] /.../ Pela reação dela, o jeito dela conversar, ela mais piorou a situação do que ela acalmou! Eu fiquei pior! Na hora que eu fui fazer o exame eu

tava suando. A mulher ficava me enxugando: 'Calma, moça'. Mas como que eu tenho calma? (Patrícia, 25 anos)

Bertha e Adriane também apresentaram críticas, mas aos serviços que buscaram antes de chegar ao especializado. Bertha criticou a falta de preparo dos profissionais da UPA para lidarem com casos como o dela, enquanto Adriane queixou-se das orientações incorretas que recebeu no serviço de saúde próximo à sua casa, que contribuíram para que ela não conseguisse acessar à PEP:

"Eu acho que não estão devidamente preparados lá, né, na UPA. E outra que tinha muita gente, tava muito lotado e elas estavam todas muito ocupadas. E, talvez, eu acho que precisa mais clareza agora de passar pra elas como proceder porque elas não estavam bem certas, demoraram um tempo pra decidir. Teve que um falar pro outro, falar com o outro, entendeu? /.../ Mas elas foram ótimas. A pré disposição em ajudar era muito grande. Elas só, realmente, não sabiam direito o que fazer." (Bertha, 47 anos)

"[Se eu soubesse do prazo], tinha vindo antes, tinha vindo na hora! Mas [a informação correta] é totalmente ao contrário do que eu recebi. Porque... Como é que se diz? A enfermeira disse que tinha até cinco dias úteis pra eu tomar a medicação. Na recepção eu fui muito bem atendida, tá entendendo? A menina foi muito legal comigo ontem e hoje. A doutora me atendeu muito bem, eu não tenho o que dizer dela, ela sempre me tratou muito bem, tá entendendo? Só que as informações foram ao contrário". (Adriane, 46 anos)

4.3.2.5. Vinculação e continuidade do cuidado

Entendendo que a PEP pode ser uma oportunidade de vinculação e acesso aos serviços de prevenção, perguntamos às entrevistadas se elas haviam acessado outros cuidados ou métodos de prevenção do HIV e demais IST nos serviços. Apenas Judith relatou que passou a retirar preservativos nas consultas de seguimento que fez:

"Depois que eu comecei a andar aqui, eu vi muita [camisinha] aqui, aí comecei a pegar as camisinhas daqui". (Judith, 32 anos)

As demais entrevistadas sabiam que tinham direito a retirar preservativos, mas algumas referiram se sentirem constrangidas em pegar o insumo diante de outros usuários e dos profissionais, temendo serem vistas como profissionais do sexo. Mesmo

Judith relatou que retirava poucos e em lugares variados para evitar que outras pessoas percebessem e a julgassem:

"[Preservativo] eu acabo comprando. Acabei não retirando. /.../ Se eu... Se eu precisasse pegar [no serviço], eu ficaria constrangida." (Flora, 32 anos)

"Quando eu venho aqui, eu pego um pouco. Não pego muito porque eu fico com vergonha de todo mundo olhando eu pegar um monte de camisinha [risada]. Eu tô pegando um pouquinho de cada lugar, por que... [risos] Senão vão ficar bisolhando eu enchendo a mão assim e colocando na bolsa: 'Faz o que com tanta camisinha? É garota!'. Eu também não quero que... Entendeu?" (Judith, 32 anos)

Outro motivo para não retirarem camisinha nos serviços foi a crítica à qualidade do insumo, feita por Patrícia e Beatriz. Patrícia foi incisiva em afirmar que a qualidade dos preservativos distribuídos pelo SUS é inferior e que estouram mais facilmente do que os que ela compra na farmácia. Para Beatriz, o problema estava na sensação e no odor dos preservativos que ela tinha recebido no serviço de saúde. Ambas optaram por comprar na farmácia:

"Aquilo ali [preservativo distribuído pelo SUS] se você faz 'assim' ela estoura, nem pra encher de bexiga serve. Não sei porque que o governo faz isso, cara. Sério! Aquilo ali cê vai fazer um oral ela estoura nos teus dentes. Não serve pra nada. Eu compro porque eu não uso essas que o governo dá - e as boates, na maioria delas, é a do governo. Não sei porque que o governo dá pra eles, acho que tinha que fazer eles comprar. /.../ Quando eu comecei [a trabalhar como garota], eu comecei a usar [as distribuídas pelo governo]. Daí estourou umas quatro vezes, assim, em um mês quando eu comecei a trabalhar. Você imagina o desespero! Aí eu falei 'não, parou com isso', aí comecei a comprar. Aí nunca mais. A moça já veio me dando, eu digo: 'Não, isso aqui não me dá, não. Eu tenho'. Não serve pra nada aquilo ali. Já aconselhei as amigas a comprar também. Quase todo dia eu compro [camisinha]. Sou conhecida na farmácia já [risos]. Devem pensar: 'Ô, essa aí pratica, hein? Ô, ativa, porque olha...'. Como diz, cada um se cuida do jeito que acha que tem que se cuidar, né?" (Patrícia, 25 anos)

"A gente compra, né? É porque é muito ruim, lá no posto deram um monte, mas é muito ruim. E, assim, como a gente nunca tinha usado, quando a gente começou a se adaptar foi muito difícil pra usar. A gente ficou um tempão pra poder digerir, então a gente acabou comprando uma que a gente acha mais... Que [a do posto] ela é muito grossa, tem um cheiro ruim". (Beatriz, idade não informada)

Para Manuela, que nunca tinha ido ao serviço especializado e se sentia desinformada e insegura nas relações sexuais com seu companheiro soropositivo, a PEP acabou configurando uma oportunidade de se informar sobre riscos das diferentes práticas e de transmissibilidade em casos de supressão viral. Ela considera, porém, que os conhecimentos vieram tarde e que deveriam estar mais acessíveis a todos.

"Eu sempre tive medo [de me infectar] por falta de informação. Hoje eu me informei bastante, eu sei que uma pessoa que tem a carga viral baixa, que toma um comprimido e que está sempre se cuidando é muito pouca a chance dela contaminar uma pessoa que seja não reagente. Então, você pode ter uma vida normal, ter namorada, /.../ ter até filhos hoje com uma pessoa que tem HIV. No fim, aprender isso hoje, entende? Depois dessa experiência desagradável". (Manuela, 42 anos)

Finalmente, o conhecimento do serviço que ofertava PEP e a satisfação com o atendimento recebido resultaram, para Beatriz, Leila, Simone e Patrícia na recomendação do serviço a outras mulheres, assim como na intenção de elas mesmas voltarem a usá-lo, caso necessário.

"Se acontecer isso [acidente com o preservativo] novamente, seja com qualquer pessoa, namorado ou cliente, eu vou voltar porque agora eu conheço o atendimento aqui e eu sei que é aberto e é pra gente. Então, sempre que acontecer eu vou voltaR. /.../ O atendimento é muito melhor do que eu imaginava. Eu não esperava que seria assim. O bom é que traz uma tranquilidade pra gente, de saber que a gente tem algo que a gente pode contar". (Leila, 23 anos)

"Por isso que eu indico aqui pra muita gente. Falo: 'Ó, gente, não tem vergonha. Vai lá.' As meninas falam: 'Ai, eu tenho vergonha de falar que eu sou garota de programa'. Gente, calma. Não é um bicho de sete cabeças. /.../ Eu já indiquei muitas meninas pra vir aqui." (Simone, 27 anos)

4.4. Como os sentidos do viver com aids estruturam o cenário do uso cotidiano da PEP sexual

Nesta última parte dos resultados, analisaremos como as mulheres lidaram com o fato de terem que tomar doses diárias de antirretrovirais durante 28 dias. Nas entrevistas, começamos perguntando se a tomada dos medicamentos interferiu em suas rotinas, tanto de trabalho quanto de vida familiar e social. Investigamos eventuais efeitos adversos, se conseguiram aderir e usar a profilaxia até o fim e possíveis

mudanças que elas atribuíssem ao uso da PEP, após o término do tratamento profilático. Observamos, especialmente, de que maneiras o estigma da aids interferiu nessas experiências.

4.4.1. Segredo(s) em torno da PEP sexual

Mesmo sendo uma experiência que as mobilizou afetivamente, que com frequência causou efeitos adversos intensos e que demandou várias idas ao serviço de saúde, as entrevistadas evitaram contar para outras pessoas que estavam usando a profilaxia, tanto por se sentirem envergonhadas da situação que as levou a buscá-la quanto por medo de serem confundidas como pessoas já infectadas pelo HIV. Regina e Patrícia a mantiveram em absoluto segredo; as demais optaram por compartilhá-la apenas com uma ou poucas pessoas de confiança, sendo mais frequentemente amigos íntimos, e raramente com familiares:

"[Só] pra uma amiga muito especial que eu contei só porque acho que a gente tem que acabar contando pra alguém porque a gente não consegue.../.../ A gente fala pra não ter preconceito, né, mas a gente fica com um pouco de vergonha. /.../ Na cabeça da gente vem muita coisa, né? Você quer morrer, você quer... tem um filho, tem uma mãe. Nossa, nas primeiras duas semanas eu...Foi difícil. Agora eu tô um pouco mais calma, mas não foi fácil." (Eleonora, Curitiba)

"Contei só pra uma pessoa, só". (Bethânia, Ribeirão Preto)

"Comentei com minha amiga só". (Ângela, Ribeirão Preto)

Esconder o uso da PEP não foi apenas uma maneira de evitar serem "confundidas" com quem tem HIV, mas também de se protegerem da revelação de outras condições envolvidas no exercício da sexualidade e que levaram à busca da profilaxia: a sorologia dos parceiros, o trabalho sexual e o sexo com parceiros casuais.

"As minhas amigas que não fazem programa não sabem o que eu faço. Tipo, eu mantenho segredo de muita coisa, assim". (Patrícia, Curitiba)

"Eu tenho dois meninos, né, um de vinte e cinco e outro de vinte e dois, que são casados, eles não sabem do problema que ele [parceiro soropositivo] tem. É uma situação um pouco difícil pra mim". (Regina, Curitiba)

"Minha família não, nem imagina [que ele é soropositivo], nem imagina! A minha família ela é muito preconceituosa. Existe muito preconceito hoje nas famílias em aceitar um soropositivo e eu não contei pra ninguém! O apoio que eu tive foi indo nos postos de saúde, foi perguntando pros agentes, foi pesquisando na internet, indo na biblioteca, foi o que eu tive. Família nem pensar! Minha família nunca aceitaria eu estar com um soropositivo. E nunca iriam me perdoar por eu ser um soropositivo por opção. Porque quando ele me falou que ele era soropositivo eu tive a opção de dizer pra ele: 'olha até aqui a gente fica ou então a gente não segue'. E eu tive a opção de querer, sim, amar uma pessoa soropositiva. Então, é uma opção, minha família vai perguntar: 'Porque que tu ficou com ele se no primeiro dia que vocês sentaram e conversaram ele te disse que era [soropositivo]? Então nós não vamos te perdoar porque vocês quis isso para você, não foi um acidente'". (Manuela, Porto Alegre)

Manter a PEP em segredo implicou buscar maneiras de esconder a medicação e de tomá-la sem serem vistas. Assim, as entrevistadas relataram estratégias como carregar a medicação na bolsa ou em um armário, tomá-la em local privativo e escolher horários para tomar sem que fossem vistas. Esconder da família era a maior preocupação e se mostrou especialmente trabalhoso no caso daquelas que moravam com seus pais, como Virgínia e Eleonora:

"No começo foi bem difícil. Muito irritada, brigava muito com minha mãe, e ainda pensava: 'Mas ela não sabe o que eu tô passando. E nem pode saber'. Ela não sabe nem hoje, eu falei que eu ia no médico, mas inventei *n* coisas pra ela não saber, né?/.../ A primeira semana foi difícil. Chorei bastante com medo de que minha mãe pudesse perceber alguma reação porque ela não pode saber nunca, não vai poder saber disso, porque minha mãe é uma pessoa bem... careta". (Eleonora, Curitiba)

"E a situação é complicada também, a minha família não sabia, eu tinha que tomar escondido o remédio, eu andava com o remédio na bolsa porque eu tinha medo de alguém ver porque... de alguém mexer nas minhas coisas e lá no remédio tem dizendo pra que que serve. E é chato, eu não tinha o hábito de tomar remédio, eu não tomo remédio pra nada, foi o primeiro remédio que eu tive que tomar assim durante um tempo. Então foi muito complicado nesse sentido, nesse sentido foi muito ruim. Eu não tenho costume de tomar remédio, foi um sacrifício tomar porque eu não tenha costume". (Virgínia, Fortaleza)

"Você tem que esconder das pessoas o medicamento pra ninguém ver, né?" (Beatriz, São Paulo)

Karina e Manuela foram as únicas entrevistadas que compartilharam sua experiência com a PEP com familiares. Karina contou para a mãe a exposição que sofrira e que buscara a PEP. Já Manuela contou para os filhos mais velhos sobre a soropositividade do parceiro dela e que ela estava usando PEP:

"Falei pra minha mãe. Inclusive ela veio comigo na segunda vez. /.../ Eu esperei pra contar depois que eu tinha vindo aqui. Aí eu tava bem nervosa, bem alterada, então minha mãe percebeu assim, tal. Ela perguntou: 'O que é que tá acontecendo? Porque que você tá assim? Parece que você tá ansiosa, tá sabendo de alguma coisa'. Daí eu contei o que tinha acontecido. Minha mãe ficou 'nossa!'" (Karina, 23 anos)

"Eu conversei com meus filhos, o maior, de vinte e quatro anos, conversei e ele me apoiou, ele disse "mãe, da mesma forma que foi você poderia ter sido eu. /.../ Teve bastante impacto na vida dos meus filhos, foi uma informação que eles tomaram como experiência e que eu acredito que eles vão levar para o resto da vida deles". (Manuela, 42 anos)

A manutenção do sigilo no trabalho ou em outros ambientes sociais, embora também tenha sido objeto de preocupação, mostrou-se mais facilmente manejável, como explicam Beatriz, Regina, Karina e Flora:

"Eu tomava dois [comprimidos] à noite e um de manhã. Então, às vezes, quando eu ia trabalhar muito cedo, aí eu levava no serviço pra tomar lá, umas oito e pouco. Ninguém nem sabia, né, nem viu". (Regina, 46 anos)

"Mesmo quando eu ia sair eu levava o remédio dentro da bolsa e ia pro banheiro e tomava. /.../ Eu sempre saía, dava um jeitinho: 'ah, tem alguém me ligando e tal', sabe?". (Karina, 23 anos)

"Foi difícil porque eu trabalho com móveis planejados. E eu vou atender um cliente, de repente você fica três, quatro horas com o cliente. Então o que que eu fazia? 'Ah, são cinco horas?'. Eu pegava um copo de água e botava o remédio pertinho. Várias vezes aconteceu de eu estar atendendo cliente, aí eu pegar o remédio escondidinho, porque deu seis horas em ponto e tomar o medicamento [risos]. Porque você fica com medo de passar da hora, esquecer, bota o relógio pra despertar". (Beatriz, idade não informada)

"Por exemplo, se eu vou pra um restaurante à noite, aí eu coloco na bolsa e tiro, tiro um [comprimido] de cada vez ali e, pra mim, não tem problema, assim, né? Não viro [os comprimidos] na mesa, tiro da minha bolsa e tomo. Não tive problema. Viajei e também levei, né? Levei a receita também por causa do aeroporto, né? Às vezes eles podem pedir, não sei. Mas não tive

problema. Como se fosse... quase normal, né [riso]?" (Flora, 32 anos)

No caso das profissionais do sexo, há ambiguidade diante da revelação do uso da PEP sexual. O fato de que as colegas que já haviam usado foram as principais fontes de informação entre as entrevistas mostra que a informação entre elas circula de forma importante. Simone confirma isso, relatando que tomava os medicamentos no trabalho e que contou para as colegas que estava usando a PEP. Por outro lado, Patrícia explicou preferir manter sigilo sobre o acidente e sobre o uso da PEP:

Ninguém nem tá sabendo. Chamei a minha amiga, ainda, mas só falei que eu vinha fazer exame de rotina, nem contei o que aconteceu. Tipo, a gente evita contar essas coisas, assim, que acontecem no quarto, senão vira fofoca, uma conta pra outra e quando você vê...". (Patrícia, 25 anos)

"Eu carregava na bolsa, né? Levava pro serviço. Aí, eu tomava lá ". (Simone, 27 anos)

Finalmente, foi justamente no contexto do trabalho sexual que aconteceu a única situação de discriminação em razão da PEP relatada pelas entrevistadas, vivida por Rosa. "Acusada" de ter HIV pelas colegas que a viram tomar os medicamentos, ela se viu impelida a mudar de local de trabalho:

"Isso já aconteceu, sim, de eu estar num lugar, numa boate, isso era noite, e eu tomando os remédios e as meninas falaram que eu tinha, sim, o HIV. Porque uma até comentou: 'Ah, minha mãe toma esses remédios'. A mãe dela tinha [HIV]. Então como eu tava tomando... Aí, no outro dia, eu fui embora. Porque eu falei: 'Eu não tenho, eu só tô tomando', né? Daí peguei e fui embora Porque se eu for discutir é pior. Aí, vão falar, aí começa, se uma tem raiva, aí vai pro quarto, encontra o cliente: 'Ó, não vai com ela não porque ela...', entendeu? Tipo: 'Eu posso provar que ela tem, que ela tá tomando remédio'. Tem isso. Aí eu fui embora pra outro lugar. Outro, outro, né?". (Rosa, 39 anos)

4.4.2. A PEP como antecipação do viver com HIV

Assim como a preocupação de não serem confundidas com pessoas que vivem com HIV, o medo que as entrevistadas tinham de estarem infectadas se expressou, principalmente, no temor de sofrer as consequências sociais da aids. Isso não significa que banalizassem a complexidade do tratamento e dos cuidados com a saúde que uma

eventual infecção pelo HIV demandaria, mas sim que estavam cientes de que viver com HIV significaria lidar com o estigma, a discriminação e o julgamento moral.

Para Regina, Manuela, Leila, Eleonora e Simone o que as amedrontava era a possibilidade de terem uma doença que as envergonharia, sobretudo diante de suas famílias, e que poderia isolá-las do convívio social e prejudicar suas possibilidades de encontros afetivo-sexuais. Simone fala, ainda, do duplo estigma que enfrentaria caso viesse a se infectar pelo HIV como consequência do trabalho sexual:

"Daí ele [companheiro soropositivo] perguntou pra mim: 'E se um dia você pegar isso, que que você faz?'. Eu falei: 'Ó, você acabou com a minha vida'. /.../ Eu trabalhei muito no hospital Oswaldo Cruz, que é um hospital especializado em HIV. Então, a gente via, né, como que as pessoas são um pouco deixadas de lado, né? Igual, assim, ele fala: 'E se um dia você pegar um câncer? Câncer mata!'. Eu falo: 'Eu sei, minha mãe morreu de câncer. Mas uma doença de câncer ninguém fala mal, ninguém critica. Agora, o HIV é criticado'. É uma coisa que eu sei que se um dia, deus o livre, se eu pegar, não conseguiria ficar afastada dos meus filhos, principalmente". (Regina, 46 anos)

"Eu nunca ia me perdoar [se o exame desse positivo]. Porque, assim, eu contraí essa doença pelo fato de estar nesse lugar [na prostituição]. Tipo, assim, se eu não tivesse ido, não tinha acontecido. /.../ [Ter HIV] é o fim do mundo, eu acho. Eu acho que não conseguiria aceitar por isso que eu sou muito neurótica. Assim, que nem, não tenho preconceito. Mas eu ia ter preconceito de mim, sabe? Eu acho que eu ia me fechar pro mundo. Eu ia vegetar por um bom tempo. /.../ Eu ia demorar muito pra eu conseguir trabalhar meu psicólogo, /.../ ia pensar, assim, muito na minha filha, no meu ex-marido. /.../ Eu não conseguiria me envolver com uma pessoa que não tem e chegar nela e falar assim: 'Olha, eu sou soropositivo'. E a pessoa olhar pra minha cara e falar assim: 'Sério? Então não dá'. Então, eu preferiria, assim, vegetar. (Simone, 27 anos)

"É difícil você encarar o HIV. É difícil, você só sabe quando você está na situação." (Manuela, 46 anos)

As entrevistadas identificam o estigma como parte da experiência das pessoas vivendo com HIV/aids que elas conhecem:

"Ele começou a se sentir inferior por ele estar com essa doença". (Bethânia, 41 anos)

"Eu tenho dó dele, sabe? Porque a família dele parece que abandonou ele, ele não tem família, não tem filho, não tem ninguém". (Regina, 46 anos)

E, por vezes, elas próprias constroem narrativas estigmatizantes sobre as histórias de infecção de pessoas próximas a elas. Simone conta de uma amiga que ela julga ter sido infectada por parceiros angolanos 'que trazem a doença para nós'; Adriane fala de um primo que teria sido enganado e infectado propositalmente por um parceiro mais velho; Beatriz fala do amigo homossexual que 'passava' a doença para seus parceiros.

"A mãe dela falou: 'Ai, Fulana, a Beltrana passou mal e ela está com aquela doença, HIV'. /.../ Ela trabalhava de garota naquele prédio 69, no centro, e lá ela saiu com muito angolano, com esse pessoal que traz muito [HIV] pra gente. E ela namorou com dois, teve relacionamento sério com dois. E, provavelmente, foi desses dois que ela pegou, assim, eu acredito, não sei". (Simone, 27 anos)

"Eu tenho um primo que ele teve HIV que ele pegou do parceiro dele. Aí ele ficou totalmente desorientado. Um rapazinho de 26 anos, com um cara mais velho, de 38, estavam juntos há oito anos, né? Aí convenceu o meu primo a transar com ele sem camisinha. Ele transou sem camisinha, aí pegou o HIV. No outro dia foi que ele descobriu que o cara era portador de HIV. Quer dizer, foi como se o mundo pra ele acabasse, entendeu? Porque realmente ele foi enganado". (Adriane, 46 anos)

"Eu já tive um amigo que morou comigo e ele descobriu que ele era HIV, entendeu? Mas, assim, eu percebi que na época ele não se importou muito. /.../ Ele era homossexual também. Ele acabou descobrindo [que tinha HIV], transmitiu pra outras pessoas". (Beatriz, idade não informada)

Porém, outros sentidos do viver com HIV também apareceram nas experiências de Virgínia, Manuela e Bertha. No caso de Virgínia, isso parece ser resultado do modo como o próprio parceiro lidava com o HIV. Já Manuela conta que reviu suas percepções sobre a aids a partir das informações que recebeu no serviço de saúde:

"Olha, eu confesso que às vezes eu nem me lembrava [que ele tinha HIV]. /.../ Hoje com certeza eu olho de maneira diferente as pessoas [que vivem com HIV] porque elas conseguem realmente ter uma vida normal. Porque ele tem uma vida normal, ele trabalha, ele estuda, faz tudo normalmente". (Virgínia, 21 anos)

"O HIV hoje já é uma doença ... como é que eu posso te dizer? Qualquer um pode ter. Só que se você tiver bem informado você pode ter uma vida normal. Só que para você ter uma vida normal, você precisa de um acompanhamento, precisa alguém te dizer que: 'Olha, aconteceu, é um acidente, mas gente está aqui

para te ajudar, existem as medicações'. Eu penso nisso, o pessoal fala muito sobre câncer, mas eles esquecem de falar do HIV, eu acho que o HIV está um pouco ou até bastante esquecido em relação às doenças infectocontagiosas que a gente tem". (Manuela, 46 anos)

4.4.3. Efeitos adversos da PEP sexual

Praticamente todas as entrevistadas sofreram efeitos físicos adversos, em intensidades variadas. Os mais comuns foram indisposições gastrointestinais, incluindo enjoos, azia, vômito e diarreia. Houve também relatos de alterações visuais, de humor, de sono, de disposição física, que por vezes eram percebidos como efeito da ação do medicamento no organismo, mas que também como resultado das dificuldades emocionais de estar usando a PEP.

Os sintomas duraram o tratamento inteiro para Regina, Beatriz, Bertha, Joana e Judith. Já Eleonora, Rosa e Karina referiram um processo de acomodação durante o tratamento, seja porque o organismo se acostumou e as reações diminuíram, seja porque elas mesmas se acostumaram a conviver com o mal-estar causado pelos medicamentos:

"Eu tomava tipo, assim, seis da manhã e seis da tarde. Aí, saía pra trabalhar as nove, dava aquela diarreia imensa. Mas, também, era uma vez só./.../ Foi diarreia e enjojo. Vomitar, não vomitei. Mas a diarreia era frequente./.../ E eu tive insônia, muita insônia". (Beatriz, idade não informada)

"Dá diarreia, dá uma indisposição, dá um pouco de tristeza. O estômago, assim, fica extremamente sensível, dói demais, uma dor horrível. Eu digo assim, vômito não deu, deu enjojo, mas é mais mesmo uma sensação gástrica muito horrível e a diarreia, cólica intestinal, horrível. /.../ No começo, me deu muita sede, e até via umas coisas, assim. Mas logo depois melhorou, não sei se o organismo acostumou". (Eleonora, 38 anos)

"A primeira semana é bem complicado. Você sente náusea, dor de cabeça, você fica muito sensível, assim, tipo, o sol mesmo, sabe, parece que tudo... é terrível, assim. Daí você vai comer dá enjojo, vômito. Todas as reações, assim, eu senti, assim. /.../ Também tem a questão que você tá nervoso, né? Então, isso acaba influenciando. Mas a primeira semana é bem complicado, depois parece que o corpo vai se acostumando. Você acaba se acostumando, na verdade, a sentir enjojo, náusea depois de comer". (Karina, 23 anos)

"Eu acho que o terceiro comprimido que eu comecei a tomar eu comecei a ter muito vômito, bastante vômito e quando não tava tendo vômito eu tinha muita azia, azia, azia. É, parece que o estômago ficou pesado, uma sensação assim. /.../ Acho que do terceiro comprimido, assim, no segundo dia, mais ou menos, que eu comecei a sentir vômitos e essa azia e queimação, aí era todo dia. Todo dia eu tinha isso". (Regina, 46 anos)

"Não lembro, acho que eu tomava um... Eram dois comprimidos por dia, né? Durante 28 dias. Eu tive algumas reações. Enjôo... Parecia sintoma de gravidez, sabe? Enjôo, um pouquinho de ânsia, essas coisas". (Bethânia, 41 anos)

"Nossa, dá muita azia aquele comprimido, muita! Só que aí eu cortei o café e a cebola e não deu mais. Porque eu tenho alimentação sempre certinha, sempre a mesma coisa, então dá pra eu identificar o que eu como e me faz passar mal e eu consigo retirar. E eu tava vendo que toda vez que eu tomava café eu ficava mal, toda vez que eu comia alguma coisa com cebola eu ficava mal, e eu tirei os dois e passou. /.../ Dormi demais, ficava cansada, não conseguia fazer as coisas direito por causa da azia que era muito forte. /.../ Mas também só durou tipo três dias, que aí eu já entendi o que tava acontecendo, /.../ aí depois eu fui cortando algumas coisas que faziam mal, aí foi tranquilo". (Joana, 27 anos)

"Os sintomas são muito ruins! Nossa, dava ânsia de vômito, dava náuseas, diarreia. Escovava os dentes, escovar a língua, dava vontade de vomitar. Eu vomitava, às vezes só água. Eu não conseguia andar direito. Andava e ficava cansada, sabe? Ofegante. Ficava cansada facinho, facinho. Os vinte e oito dias sentindo esses sintomas chatos". (Judith, 32 anos)

"A primeira vez, deu. Deu reação, né? Eu falo reação, né? Deu... Como que se fala? Como que eu vou te explicar? Deu dor de barriga. E, tipo assim, uma dor no corpo, tipo uma gripe, né, dor de barriga. A primeira vez só. A segunda vez... Que eu tomei três vezes. A segunda vez não deu nada e a terceira não deu nada". (Rosa, 39 anos)

Leila e Patrícia ainda não haviam iniciado a tomada dos medicamentos quando foram entrevistadas. Contudo, já haviam sido alertadas pelas colegas que já tinham usado a PEP para a possibilidade da ocorrência de efeitos adversos.

Virgínia e Manuela relataram ter tido efeitos adversos leves, que não as incomodaram. Virgínia teve os olhos amarelados, mas conta que ninguém notou, então isso não a incomodou. Da mesma maneira, Manuela conta que efeitos adversos leves não a incomodaram porque não atrapalharam seu cotidiano de trabalho e cuidados do

filho nem foram notados por outras pessoas. Ângela foi a única a relatar não ter tido nenhum sintoma adverso:

"Eu não tive nenhuma reação, não enjoei, nada, mas eu só fiquei com o olho amarelado, durante todo o período que eu tomei o remédio. /.../ Ninguém notou. Se notou, não falaram nada". (Virgínia, Fortaleza)

"Efeitos colaterais? O que que eu posso te dizer? Eu não senti muita coisa. Talvez um pouco mais do psicológico do que a própria reação. Não tive alergia, não tive insônia, não tive nada. A medicação foi normal; /.../ A única coisa que te digo é que tem que tomar mais água pois tu sente a boca um pouco seca./.../ Não tive enjojo, não tive vômito, não tive nada disso. /.../ Eu sou cabeleireira, eu tenho meu próprio negócio. Então eu tomei a medicação, trabalhei 12 horas direto em pé, atendi minhas clientes, cuidei do meu filho. Não mudou nada na minha vida, ninguém percebeu que eu estava tomando um antiviral, ninguém". (Manuela, 46 anos)

4.4.4. Adesão, apesar dos pesares

Apesar dos efeitos adversos, do temor de serem 'descobertas' e de todas as estratégias criadas para evitar a revelação do uso da PEP, as entrevistadas relataram ter aderido bem ao tratamento profilático. É importante notar, porém, que há um viés da pesquisa neste aspecto, uma vez que as mulheres foram entrevistadas prioritariamente em consultas de retorno, o que significa que eram usuárias que deram continuidade ao seguimento clínico nos serviços.

"Tomei certinho. Vinte e oito dias. Nunca [esqueci], eu colocava [alarme] no celular [risos]. Eu tomei certinho até o fim". (Bethânia, 41 anos)

"Não tenho dificuldades. É só ter o cuidado pra tomar na hora certa. Mas consegui tomar todas as doses certinho, nos horários". (Flora, 32 anos)

Avaliar que, apesar do sofrimento, valia a pena continuar porque estavam evitando um mal maior foi a motivação que sustentou a adesão, mesmo quando os efeitos adversos eram muito intensos, como relatam Karina, Regina e Judith:

"Tinha dias que eu pensava assim: 'Ai, eu não vou tomar mais isso', sabe? De sensação muito ruim. Mas eu sabia que eu tinha que tomar. Era ruim o remédio, mas era pro meu bem, né? Então eu não via a hora de terminar ele". (Regina, 46 anos)

"Eu imaginei que ia ser bem mais complicado, assim. Não foi tanto. É claro que o remédio tem efeitos colaterais, mas, em vista do que você tá evitando, do que você pode evitar, não é tão ruim. /.../ Usei certinho, quase um mês". (Karina, 23 anos)

"Tomei tudo porque eu não queria ter [HIV]. Eu sabia que eu não tinha nada, porque eu tinha feito exame, né? Eu queria continuar sem ter. Eu disse: 'Eu vou tomar até o fim'. Mas era ruim, viu?". (Judith, 32 anos)

Houve casos de falhas na adesão, assim como de tomadas excessivas dos medicamentos. Joana referiu ter esquecido algumas doses, enquanto Simone contou ter interrompido o tratamento por uma semana por causa do mal estar físico e do medo que o remédio compromettesse a eficácia dos anticoncepcionais. Depois dessa interrupção, ela decidiu, por conta própria, estender o tratamento por mais alguns dias, assim como o fez Eleonora, que estendeu o tratamento por trinta e um dias. Já Manuela tomou os antirretrovirais por quarenta, em razão da falha na comunicação entre ela e o serviço, comentada anteriormente.

"Teve uma semana que eu fiquei sem tomar porque eu fiquei com medo de atrapalhar meu anticoncepcional. Porque falei assim, o medicamento é muito forte, será que vai atrapalhar o meu anticoncepcional? Aí, até falei pra doutora, né? Aí, depois, eu voltei [a tomar os ARV] porque eu fiquei com a consciência pesada. Mas, assim, foi bem difícil." (Simone, 27 anos)

"Teve umas quatro vezes eu esqueci um branquinho". (Joana, 32 anos)

"Eu usei, menino! O desespero foi tão grande que eu usei, eu fiquei com medo, não sabia. Olha, era pra tomar só por vinte e oito dias, eu acho que eu cheguei a tomar por quarenta dias quase". (Manuela, 46 anos)

Rosa e Patrícia, que estavam habituadas a consumir álcool durante o trabalho, apontaram isso como uma dificuldade para a adesão, dado que a recomendação é de que não haja consumo de álcool durante o tratamento profilático:

"Vai ser difícil, né? Porque olha... Pra começar, eu bebo, né, trabalhando. Não vou poder beber. Reações, várias, não vai ser legal, não vai ser nada legal. /.../ [Mas] tem que fazer, né? Como diz, nem que morra de tanto tomar remédio, mas tem que fazer, né?" (Patrícia, 35 anos)

"Eu não tinha noção que eu não podia beber, eu bebi todas as [outras] vezes [que usei PEP]. Agora eu já sei que eu não posso

beber porque eu perguntei pra médica. Esses remédios, se beber, aí não faz efeito, não adianta./.../ Então eu vou fazer certinho dessa vez. É onde eu falo que eu vou fazer certinho, que das outras eu bebia. Esquecer, não. Nunca esqueci". (Rosa, São Paulo)". (Rosa, 39 anos)

4.4.5. Algo mudou após o uso da PEP sexual? A intenção de mudar as próximas cenas

A ideia de que conhecer a PEP sexual pode levar ao aumento de práticas sexuais desprotegidas não encontrou respaldo nas experiências das mulheres entrevistadas. Regina e Flora, que já sabiam que a profilaxia existia antes de precisarem recorrer a ela tiveram exposições acidentais, e não por se sentirem estimuladas a terem relações desprotegidas com seus parceiros. De maneira similar, Karina e Adriane falaram da busca da PEP como decorrência de uma fatalidade, afinal elas tomaram as precauções que consideravam necessárias e não podiam prever que o preservativo falharia:

"É, evitar a gente pode evitar, é só não fazer sexo [risos]. Mas, assim, evitar, evitar, não teria como, né? Porque eu tava me prevenindo, eu não tenho culpa se estourou. Mas... Sim, eu cheguei a pensar e tal... Porque como é muito aversivo, é muito ruim no começo, assim, então... é complicado, você fica assim: 'Putá, mas eu não devia ter ficado com aquela pessoa, ou então devia ter esperado, sei lá, seis meses e tal /.../ e pedido um teste'. Mas não, e tá, cê conhece aquela pessoa, acaba ficando com aquela pessoa e daí cê percebe como às vezes pode falhar, né?". (Karina, 23 anos)

"É aquela velha história, porque aconteceu, aconteceu, né? Ele... a gente já se conhecia, eu já sabia [que ele tinha HIV], né? Mas como é que eu iria adivinhar que a porra da camisinha ia sair?". (Adriane, 46 anos)

"Eu sei assim, que se acontecer hoje de novo, eu posso voltar e fazer de novo. Entendeu? Não é que eu vou sair dando pra todo mundo, dando sem camisinha, né? Mas se acontecer um acidente desse, eu sei que eu vou vir no hospital e vai ter alguma coisa que vai evitar. [Fico] mais tranquila". (Simone, 27 anos)

Apenas Rosa, que estava no quarto uso de PEP, referiu que conhecer a profilaxia contribuiu para que ela tivesse menos cuidado nas relações sexuais.

"Assim, a gente abusa mais. Porque sabe que tem [a PEP]. /.../ Eu sei que não é cem por cento, só que você tem um pouco

daquela confiança, então você abusa mais, sim. Você tem menos medo daquilo que aconteceu. Tipo aconteceu, eu vim, eu já fico mais tranquila. Se não tem, eu ficar rezando um mês pra vir fazer o exame". (Rosa, 39 anos)

Para as demais entrevistadas, a experiência não é algo que elas repetiriam intencionalmente. Pelo contrário, são situações que elas esperam que não se repitam. O medo, os efeitos adversos dos antirretrovirais e a preocupação de que eles deixem de funcionar se usados repetidamente são motivos pelos quais as entrevistadas desejam não precisar novamente da PEP sexual:

"Ah, mudou, porque eu sei dos sintomas desse comprimido. Eu não quero passar por isso de novo. /.../ Já pensou toda vez que eu transasse com um peguetezinho sem camisinha, viesse tomar os comprimidos? Ia morrer de tomar esse comprimido aí [risos]". (Judith, 32 anos)

"Falam que tem alguns antibióticos que se você toma com frequência, quando você realmente precisa ele não faz mais efeito, né? /.../ Se acontece de ficar estourando [a camisinha] e eu ficar tomar esse medicamento e não fizer efeito?". (Leila, 23 anos)

"Olha eu vou ser muito sincera, eu não sei se eu quero passar por essa situação de novo. /.../ Porque aconteceu num caso de emergência, claro, eu sei que tá aqui. O que que vai mudar? Eu sei que tem alguma coisa que me ajuda, hoje eu sei que existe uma esperança, que existe uma medicação que pode me ajudar num caso de emergência, ponto. Eu não vou ter o PEP lá guardado porque hoje eu resolvi ter uma relação sexual e eu não sei se o cara tem ou não, mas eu vou no posto e deu negativo e eu vou continuar tomando o PEP. Ele não é um salva vidas: 'Ah eu vou tomar o PEP e eu vou poder ter relação sexual sem camisinha'. Ele é uma ajuda, ele te ajuda num momento de exposição, não é uma medicação pra tu tomar continuamente e sair por aí tendo relação sexual sem medo, porque ele só te ajuda pelo HIV, ele não mata nenhuma doença sexualmente transmissível, ele não ajuda no DST." (Manuela, 46 anos)

Assim, o efeito mais importante do uso da PEP sexual foi a intenção de modificar as futuras cenas sexuais no sentido de práticas mais cuidadosas e incorporando o conhecimento de uma tecnologia complementar ao preservativo com a qual podem contar, caso ele falhe. Simone, Joana e Judith relataram estarem mais atentas ao momento da cena em que colocam a camisinha nos parceiros e não aceitam mais que os próprios clientes a coloquem, por exemplo. Eleonora e Judith planejavam pedir testagem dos próximos parceiros, embora Eleonora ainda estivesse insegura em

ter novas relações sexuais. Virgínia passou a perceber a aids como algo concreto, potencialmente presente nas suas cenas e despertou para a necessidade de se prevenir com futuros parceiros:

"Eu fico mais atenta, toda hora vejo se [o preservativo] tá certo, se não... Fico mais atenta. Dependendo da posição eu já coloco a mão pra ver se não estourou, se tá lá". (Joana, 32 anos)

"Orra! Maior responsabilidade. De me cuidar mais, sempre, né? /.../ Hoje, imagina, só eu [que coloco o preservativo]. 'Deixa colocar? Deixa usar minha camisinha? Trouxe minha camisinha de fora'. 'De jeito nenhum! Trouxe de fora? Não sei se você furou'. Mudou muito". (Simone, 27 anos)

"Depois de tudo isso que aconteceu eu fico bem mais consciente. Com certeza, mudou com certeza. Eu não via, assim... Como eu te disse: como essa doença, digamos, não era presente na minha vida, não conheço ninguém que tinha, meu conhecimento sobre ela era quase zero e aquela coisa, você nunca acha que vai acontecer com você. Então, não era uma coisa que 'nossa, eu tenho que usar preservativo pra evitar doença'. Não, eu não pensava nisso, eu... sei lá, o fato de confiar na outra pessoa, não sei. Não tinha essa mentalidade. E agora mudou". (Virgínia, 21 anos)

5. Discussão

Os resultados mostram um grupo diverso de mulheres que acessou a PEP sexual. Para as entrevistadas, buscar a profilaxia foi uma experiência resultante de cenas sexuais nas quais elas interpretaram que poderiam ter sido expostas ao HIV, apesar de terem procurado se prevenir por meio do uso do preservativo. Três cenários de potencial exposição que mobilizaram para a busca de PEP sexual foram identificados: o do sexo casual, o do trabalho sexual e o da sorodiferença. Um conjunto de características na dinâmica dessas cenas contribuiu para que elas decidissem buscar a profilaxia: estar com parceiros que eram sabidamente positivos para o HIV ou parceiros novos com os quais tinham pouca intimidade; julgar que o parceiro agiu com indiferença e interpretar que isso sugeria que ele poderia já ser soropositivo; suspeitar que os parceiros tinham comportamentos sexuais arriscados; perceber que o parceiro agiu de forma violenta ou dolosa; e julgar que o uso do álcool as impediu de tomar cuidados suficientes na cena.

Para além da dinâmica da interação sexual em si, a busca da PEP foi informada pela compreensão do HIV como parte da realidade social das entrevistadas, pelo reconhecimento dos serviços de saúde como locais onde poderiam buscar ajuda e de si mesmas como sujeitos de direitos. Nos diferentes cenários, scripts de gênero atravessaram a dinâmica das cenas, se expressando nas negociações com os parceiros, no tratamento deles em relação a elas e nas reações delas frente aos acidentes. O contraste dos cenários mostrou que a hierarquização das práticas sexuais que fundamenta os processos de estigmatização baseados na sexualidade interage com gênero na produção da dinâmica das cenas, resultando em interações menos

preocupadas por parte das mulheres e mais cuidadosas pelo lado dos parceiros nos cenários do sexo conjugal em comparação com os do sexo comercial e casual.

Conhecer e usar a PEP não resultou na intenção de substituir o uso do preservativo pela profilaxia. As entrevistadas valorizaram a possibilidade, por muitas até então desconhecida, de acessarem um método preventivo que, mesmo depois de uma potencial exposição, evitaria que elas se tornassem soropositivas para o HIV. Valorizaram, ainda, o fato de terem se sentido acolhidas e respeitadas nos serviços públicos de saúde, indicando a expressão de dimensões importantes do Cuidado na oferta da PEP sexual nos serviços estudados. Aderir e concluir o uso da PEP sexual foi uma experiência que exigiu esforços para superar os efeitos adversos e as consequências psicossociais de tomar os ARV, mas que elas realizaram por temerem vir a ter uma doença altamente estigmatizante e que exigiria tratamento por toda a vida. Este acesso, porém, não resultou no uso de outros serviços de prevenção nem na conversa sobre a formas de prevenção mais responsivas às suas necessidades singulares e cambiantes conforme os cenários.

Exploraremos agora esses resultados, buscando aprofundar o diálogo deles com a literatura científica sobre os temas que eles instigam, conscientes das limitações do estudo que devemos ter em mente.

5.1. Limites do estudo

Em termos metodológicos, para alguns temas inicialmente previstos nos roteiros de entrevistas a saturação não foi plenamente atingida. Consideramos que, ainda que isso não tenha comprometido a análise do conjunto dos dados, foi resultado de desafios metodológicos que merecem ser explorados, inclusive para informar pesquisas futuras.

Parte das limitações na coleta de dados se deveu à diversidade de entrevistadores e entrevistadoras. Embora tenham sido capacitados para a realização das entrevistas do Estudo *Combina!*, diferentes entrevistadores¹⁴ se aprofundaram mais ou menos em determinadas dimensões do roteiro (por exemplo, mais investimento nas dimensões programáticas das experiências e menos nas experiências de prevenção prévias).

¹⁴ Para facilitar a leitura, usamos o termo 'entrevistadores' como masculino genérico, mas lembramos que a equipe de entrevistadores foi composta por mulheres e homens.

Além disso, foi desafiante para o conjunto dos entrevistadores perguntar sobre experiências de intimidade que, muitas vezes, mobilizavam angústia e vergonha nas entrevistadas. Nem sempre os entrevistadores exploraram todos os detalhes das cenas sexuais; alguns se sentiram constrangidos diante das entrevistadas, por exemplo quando eram mulheres mais velhas ou quando o entrevistador interpretava que elas demonstravam alguma resistência em relatar detalhes suas relações sexuais. Com efeito, algumas mulheres escolheram dar apenas uma descrição sucinta dos cenários porque descrever a cena em detalhes era indesejável para elas. Nesses casos, os entrevistadores eram orientados a não insistir e as mulheres tinham o direito de não responder, escolhendo o quanto de suas experiências estavam dispostas a relatar para pesquisa.

A análise dos dados produzidos não indica ter havido limitações importantes em função da não paridade de gênero de entrevistadas e entrevistadores. Das dezessete entrevistas com mulheres, oito foram realizadas por entrevistadoras mulheres e nove por entrevistadores homens. De maneira geral, as entrevistas fluíram bem, respeitando as características de cada entrevistada de ser mais ou menos expressiva e de querer relatar mais ou menos detalhadamente cada tema investigado, assim como os limites e as características de cada entrevistador. Especificamente no que concerne ao relato das experiências sexuais e, sobretudo, da cena sexual que as levou à PEP, quatro mulheres demonstraram maior resistência - Flora (São Paulo), Joana (São Paulo), Eleonora (Curitiba) e Patrícia (Curitiba) -, sendo que duas delas foram entrevistadas pelo mesmo homem e duas por diferentes entrevistadoras.

Flora, entrevistada pela autora em São Paulo, falou pouco no conjunto da entrevista e foi particularmente sintética na descrição das cenas. Como mulher evangélica, casada, cujo marido tinha sido o único parceiro sexual na vida e se tornara soropositivo em uma relação extraconjugal, era evidente no contato com ela que a entrevista tocava em pontos de uma experiência difícil de elaborar, como ela mesma descreveu: "A gente tá num processo meio que tentando se reestruturar, né?". Diante disso, a conduta adotada foi abrir espaço para que ela falasse mais sobre a experiência cotidiana da sorodiferença e insistir menos sobre a cena. Ao final, ela relatou que avaliou a entrevista como 'tranquila'.

Também em São Paulo, Joana, entrevistada por outra pesquisadora do sexo feminino, mostrou-se tímida e especialmente constrangida em admitir seu trabalho

como profissional do sexo. Ela não quis relatar a cena detalhadamente, fazendo apenas uma descrição sucinta dela. Porém, respondeu às perguntas da entrevistadora, que conduziu a conversa com sensibilidade, sempre reiterando que a entrevistada poderia se recusar a responder qualquer pergunta ou mesmo pedir para interromper a entrevista.

Para essas duas mulheres, não é descartável que tivesse sido ainda mais difícil se tivessem que falar com um entrevistador do sexo masculino ou mesmo que tivessem recusado o convite para a entrevista se tivessem sido abordadas por um pesquisador homem.

Em Curitiba, o mesmo pesquisador do sexo masculino entrevistou duas mulheres que tiveram dificuldade de falar detalhadamente sobre suas experiências sexuais. Eleonora era uma das mulheres que estava bastante envergonhada por ter que usar a PEP sexual. Enfatizou durante a entrevista o fato de ter tido poucos parceiros na vida e que tinha ficado um ano sem se relacionar sexualmente depois que se divorciou. Foi sintética e pediu para não falar mais sobre a cena, o que foi respeitado pelo pesquisador, que deu continuidade à entrevista com perguntas objetivas que permitiram contextualizar a cena, às quais ela respondeu com tranquilidade.

Patrícia foi espontânea, mas estava ansiosa ao longo da entrevista, que foi feita no dia em que buscou a PEP, poucas horas depois do acidente. Ela se queixou de ter que relatar o acidente para a aconselhadora e na pergunta sobre a cena optou por ser sucinta, alegando que tinha vergonha de falar sobre 'essas coisas'.

Tanto para Eleonora quanto para Patrícia é possível, embora não certo, que tivesse sido mais fácil falar com uma entrevistadora mulher. Vale notar que Karina e Regina, entrevistadas também em Curitiba pelo mesmo pesquisador, falaram detalhada e espontaneamente sobre suas experiências.

As demais mulheres entrevistadas por pesquisadores homens falaram com espontaneidade, inclusive sobre temas relacionados à sexualidade - Manuela (Porto Alegre), Beatriz (São Paulo), Simone (São Paulo), Regina (Curitiba), Karina (Curitiba), Bertha (Ribeirão Preto) e Leila (Ribeirão Preto). Descreveram detalhadamente as cenas sexuais que as levaram a buscar a PEP, sem demonstrar constrangimento por estarem dialogando com um entrevistador do sexo masculino. Nos comentários finais sobre a

experiência de ser entrevistada, nenhuma reclamou das perguntas ou do fato de ter que dialogar sobre elas com um homem.

Tendo reconhecido essas limitações, podemos passar agora para a discussão detalhada dos resultados.

5.2. Diversidade do perfil e das experiências das mulheres que buscaram PEP sexual e a complexidade da prevenção

Os resultados mostram que as mulheres que procuraram a PEP sexual e aderiram ao seu uso e ao seguimento em serviços especializados na atenção às IST/Aids tem perfis diversos. As entrevistadas são de variadas idades, religiões, cores/etnias e ocupações. A comparação deste perfil com outros estudos é limitada porque, tanto nacional quanto internacionalmente, são escassas as informações sobre mulheres que usaram PEP sexual. Sabe-se que os usuários da profilaxia são predominantemente homens, como observado, por exemplo, em serviços de Victoria, na Austrália, no qual eles representaram 94% dos que buscaram o método entre 2005 e 2009 (84,7% eram HSH) (Armishaw et al, 2011), e na Dinamarca, onde responderam por 78% dos usuários de PEP sexual no país entre 2005 e 2009 (Lunding et al, 2010). Portanto, os estudos sobre o uso da PEP sexual que incluem o conjunto de usuários do método fornecem informações muito limitadas sobre as experiências das mulheres com a profilaxia. O único estudo que localizamos que trata do uso da PEP sexual especificamente por mulheres é brasileiro e foi realizado também a partir de dados do *Combina!*, por Nascimento (2016). Utilizando dados de quatro dos serviços participantes do *Combina!*, a autora averiguou que, de maio de 2012 a maio de 2016, 365 mulheres buscaram a PEP sexual nesses serviços, o que representou 18% do total de usuários da profilaxia. Estudos brasileiros anteriores sobre a PEP sexual tinham focado a experiência de HSH em estudo controlado (Schechter et al, 2004) e a organização dos serviços que ofertam o método no Rio de Janeiro (Filgueiras, 2015). Outros estudos que investigam o uso da PEP pelas mulheres no país focaram naquelas que foram vítimas de violência sexual (Drezzet, 1999; Diniz et al, 2007; Procópio et al, 2014).

Nossas entrevistadas concentraram-se na faixa etária em idade reprodutiva, com média de idade de 33 anos, próxima ao observado por Nascimento (2016), que mostrou

que no conjunto dos serviços do *Combina!* a média de idade das usuárias de PEP sexual foi 30,7 anos. Outros estudos também observaram que os usuários de PEP, em geral, se concentram na casa dos 30 anos (Armishaw et al, 2011; Lunding et al, 2010). Chama atenção, em nosso estudo, a ausência de adolescentes entre as mulheres que buscaram PEP, especialmente considerando que há tendência de crescimento da epidemia neste grupo no Brasil, que é na faixa etária de 13 a 19 anos que a razão de sexo dos casos de aids é menor (Brasil, 2017) e que entre os jovens se observa maior diferença entre mulheres e homens em relação ao uso do preservativo, com menor uso pelas mulheres (Pascom e Szwarcwald, 2011).

As entrevistadas também têm diferentes experiências cotidianas com a sexualidade. O grupo inclui mulheres que tiveram poucos ou apenas um parceiro, mas também mulheres cujos cenários sexuais incluem o sexo casual e o trabalho sexual. Aquelas que fazem trabalho sexual têm experiências igualmente diversas entre si, que são também dependentes dos cenários: há as casadas, as que não querem relações sexuais para além das que têm no trabalho e as que têm parceiros casuais frequentemente. A experiência de maternidade no grupo é frequente e quase sempre traduzida como monoparentalidade exercida pelas mulheres, uma realidade que tem crescido entre as brasileiras e que é associada às maiores probabilidades de dissolução de uniões estáveis nas últimas décadas (Minamiguchi, 2017) e à persistente desigualdade de gênero na organização dos cuidados parentais.

A variedade das experiências, aliada à observação de que os cenários de potencial exposição envolvendo relações com parceiros casuais ou clientes foram mais comuns entre as mais jovens, enquanto entre as mais velhas os cenários foram marcados pela sorodiferença em relacionamentos estáveis, pode refletir mudanças geracionais nos papéis de gênero que têm contribuído para a ampliação da autonomia das mulheres em diferentes esferas da vida, inclusive na da sexualidade, como sugerem estudos nacionais e internacionais. Ferraz e Grangeiro (2013), em estudo de abrangência nacional, observaram que ter tido um único parceiro sexual na vida é uma experiência mais comum entre mulheres mais velhas, enquanto entre as mais jovens é mais frequente a experiência de ter tido vários parceiros e de ter relacionamentos caracterizados por laços mais fluidos, como o ficar. Na mesma direção, a comparação das edições da pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids (PCAP) realizadas em 1998 e 2005 encontrou uma diminuição das diferenças das medidas de

comportamento sexual de homens e as de mulheres, com aumento, por exemplo, do número de mulheres separadas ou viúvas que relatam ter sido sexualmente ativas no último ano (Barbosa et al, 2008). Ao lado dessas modificações, persistem diferenças relevantes, como a menor frequência de relações e de número de parceiros relatados por elas em comparação a eles (Barbosa et al, 2008; Pascom e Szwarcwald, 2011). Apesar da iniciação sexual das mulheres acontecer, em geral, mais tarde que a dos homens (Barbosa et al, 2008), tem sido observada diminuição da idade de início da vida sexual delas (Ferraz e Grangeiro, 2013) e diminuição da diferença de idade de início da vida sexual entre mulheres e homens nos grupos mais jovens (Pascom e Szwarcwald, 2011). Apesar dessas aproximações, os cenários de iniciação sexual ainda variam de acordo com o sexo, prevalecendo entre as mulheres a primeira relação sexual com parceiros com os quais têm algum vínculo de compromisso e afeto, enquanto que para os homens o início frequentemente se dá em relações de amizade ou com pessoas recém conhecidas (Borges e Schor, 2005). Essas transformações, em seu conjunto, reforçam a necessidade de mulheres jovens terem assegurado o direito à prevenção, que agora inclui a PEP.

Prevenir-se do HIV é relatado como uma necessidade pelas entrevistadas e elas tinham experiência anterior com a prevenção. Coerentemente com estudos populacionais que mostram conhecimento correto sobre o preservativo masculino por 90% da população brasileira (Ferreira et al, 2008), as entrevistadas reconhecem este como o principal método de prevenção. Mas a percepção de que o HIV é uma ameaça relacionada aos cenários de pouca intimidade e afeto atravessa as experiências do grupo, de maneira similar ao observado por Zucchi (2015) em relação aos cenários e cenas sexuais que levam à busca de testagem para o HIV (2015). Ainda que algumas das entrevistadas falem sobre o risco estar em qualquer relação e terem experiências que as alertaram para a possibilidade de serem expostas em relações que consideravam estáveis, foram cenas marcadas pela novidade e a falta de intimidade que as fizeram sentirem-se expostas ao HIV. Esta percepção afeta as decisões sobre os modos de se prevenir - ou a decisão de não se prevenir - nos diferentes cenários. Assim, embora o uso do preservativo seja reconhecido e reiterado como principal método de prevenção, o discurso de usá-lo em todas as relações e com todos os parceiros não se mostra factível porque os significados da camisinha variam conforme os cenários em que se desenrolam as cenas sexuais. Na experiência das entrevistadas, o preservativo afeta

dimensões importantes dos relacionamentos estáveis, como a confiança e a intimidade. Diversos estudos também mostram que o uso do preservativo é maior em relações casuais do que nas estáveis (Pascom e e Szwarcwald, 2008; Berquó et al 2008), que é menor entre as mulheres que entre os homens (Brito et al, 2011; Berquó et al, 2008; Bertoni et al, 2009) e que o menor uso entre elas está associado ao fato de se envolverem mais frequentemente em relações que classificam como estáveis (Borges e Schor, 2005).

É notável que acessar o preservativo é também um processo atravessado por normas de gênero. Retirar camisinhas nos espaços públicos do serviço de saúde ou comprá-las nas farmácias são relatadas como situações a serem evitadas porque representam a confissão pública de que elas são mulheres que têm relações sexuais e a quantidade do insumo é o delator da frequência dessas relações. O temor maior é serem percebidas como profissionais do sexo ou, simplesmente, como mulheres que fazem sexo 'demais', comportamento não esperado das 'recatadas e do lar'.

O uso de métodos para além do preservativo, assim como a necessidade de combiná-los com práticas contraceptivas, indica que a ideia de prevenção combinada, embora seja apresentada como uma novidade programática, é uma prática que já compõe as cenas sexuais das mulheres mesmo sem terem sido orientadas por profissionais neste sentido, de maneira similar ao que já se observou em outros grupos. A busca de formas alternativas ao preservativo masculino para a prevenção antecede a disponibilidade de métodos preventivos baseados no uso dos ARV e não significa necessariamente que as pessoas que não usam preservativo em todas as relações não se percebam em risco ou 'compensem' riscos, como interpretam as abordagens cognitivo-comportamentais da saúde. Na experiência das entrevistadas, o uso da testagem mútua, da negociação de uso de camisinha apenas nas relações extraconjugais, da escolha de posições ou práticas baseadas na hierarquização de risco e do coito interrompido, indicam que elas operam um processo ativo de reinterpretação dos conhecimentos produzidos pelas biociências nos seus cenários sexuais, similar ao que fora observado em estudos que analisaram a redução do uso do preservativo na comunidade gay depois da introdução da TARV na Austrália (Kippax e Race, 2003; Mao et al, 2006) e nos Estados Unidos (McConnel et al, 2010). Os modos de usar as estratégias preventivas, no entanto, apresentam particularidades que distinguem os usos feitos pelas mulheres dos observados entre os homens gays nos estudos supracitados. Entre as entrevistadas, o

conhecimento da sorologia, por exemplo, serviu para subsidiar a decisão de uso ou não uso do preservativo no contexto de relações estáveis, mas não para escolher parceiros casuais, prática que foi chamada de *serosorting* nos estudos com homens gays. De maneira similar, se entre os homens gays observou-se o *seropositioning* como escolha de qual parceiro será o insertivo com base na sorologia, entre as entrevistadas o que ocorre é a escolha de posições sexuais percebidas como mais seguras em situações que elas julgam como mais arriscadas - por exemplo, quando o pênis do parceiro é avaliado como muito grande, o que aumentaria o risco de rompimento da camisinha -, sem que necessariamente a sorologia seja conhecida. O acordo de não uso do preservativo com o parceiro estável soroconcordante e de uso com parceiros casuais, a chamada segurança negociada (Kippax Race, 2003), aparece como uma opção adotada, mas que falhou nas experiências de algumas entrevistadas, na medida em que episódios de DST e gestações não planejadas de parceiras extraconjugais evidenciaram que ele não foi cumprido pelos parceiros. Esses dados sugerem a necessidade de mais investigações sobre as formas como os diferentes segmentos da população têm buscado se prevenir do HIV, assim como reforça a necessidade do diálogo orientado pelo Cuidado nas práticas de saúde.

As entrevistas mostram que o controle da reprodução é um elemento central do script feminino. Todas tinham experiência de uso de contraceptivos, a maior parte delas já tinha engravidado pelo menos uma vez, algumas de forma não planejada, e a maior parte delas era responsável pela criação dos filhos. Isso remete, como já indicaram outras autoras, à necessidade de abordar conjuntamente as demandas reprodutivas e preventivas das mulheres (Villela e Barbosa, 2015). Destaca-se a predominância de uso de métodos hormonais e da laqueadura combinada à ausência de menções a outros métodos altamente eficazes, como o DIU, mesmo entre mulheres que tinham intolerância aos anticoncepcionais, casos de Ângela e Judith. O dado é coerente com o perfil de uso dos métodos contraceptivos no Brasil (Brasil, 2006). Similar ao que observaram anteriormente outras autoras (Paiva, 1999; Villela e Barbosa, 2015; Zucchi, 2015), gestações não planejadas aparecem para algumas entrevistadas como uma preocupação maior do que o HIV, ainda mais em um contexto de ilegalidade da prática do aborto. Além do risco de uma gravidez ser, efetivamente, maior que da infecção pelo HIV, a centralidade da contracepção se explica, nos casos de Karina e Bertha, pela percepção de que uma gravidez poderia atrapalhar mais seus planos de vida. Ter vivido uma gestação não planejada, realidade de mais da metade das gestações levadas a termo

no Brasil (Viellas et al, 2014), também aparece como uma razão para redobrar os cuidados com a contracepção, como relatado por Patrícia e Simone.

Ainda evidenciando as intersecções entre cuidados contraceptivos e prevenção do HIV, os casos de Flra e Judith exemplificam como uma situação percebida como de exposição a risco pode modificar os métodos adotados para uma ou outra finalidade. Flora abandonou o método hormonal e adotou o preservativo quando conheceu a soropositividade de seu marido, enquanto Judith passou a adotar a contracepção hormonal, mesmo tendo dificuldade de se adaptar a ela, por constatar que o preservativo poderia ser insuficiente para assegurar que ela não engravidaria de algum cliente. Finalmente, é importante observar como as necessidades contraceptivas se cruzam com a prevenção do HIV nos casos de mulheres que usam métodos preventivos baseados nos ARV, como ilustra o caso de Simone, que interrompeu a PEP por temer que ela comprometesse a eficácia contraceptivo hormonal. Isso indica a importância de diretrizes programáticas claras e cientificamente embasadas sobre os riscos de interação entre uso profilático de ARV e os diferentes métodos contraceptivos, e que se traduzam em orientações dialogadas no cotidiano dos serviços de saúde.

O uso do álcool pelas mulheres, pelos parceiros ou por ambos surge como um elemento que pode alterar a dinâmica das cenas sexuais em todos os cenários, afetando a prevenção, similarmente ao observado por Zucchi (2015). Judith e Rosa relataram práticas desprotegidas com parceiros casuais quando estão sob efeito de álcool, e Rosa declarou que isso acontece também no atendimento de clientes. Karina e Ângela, assim como seus parceiros, estavam sob efeito de álcool nas cenas que acabaram por levá-las levaram à PEP sexual. Leila, Joana e Rosa comentaram que seus clientes estavam, ao menos potencialmente, sob efeito de álcool e outras drogas nas cenas que as levaram a buscar a profilaxia. Este dado reitera, como apontado em outros estudos, a necessidade de que as abordagens da prevenção da transmissão sexual do HIV incluam a discussão sobre o uso de álcool e outras drogas. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolas (PeNSE) observou que 27% dos jovens escolarizados no Brasil consomem álcool regularmente, sem diferenças significativas entre mulheres e homens (Malta e cols, 2009). Em revisão de literatura sobre as interações entre uso de álcool e exposição ao HIV, Cardoso et al (2008) observaram haver associação entre uso moderado de álcool, antes ou durante o ato sexual, e prática de sexo sem preservativo. Constataram também que, embora em geral as mulheres consumam menos álcool que os homens, o consumo

da substância contribui para comportamentos sexuais mais arriscados tanto de homens quanto de mulheres, inclusive daquelas que são profissionais do sexo. Os autores apontam, ainda, o uso de álcool como um dos fatores preponderantes para a prática de sexo desprotegido particularmente por adolescentes. Bertoni et al (2009), encontraram associação entre uso de drogas e práticas sexuais desprotegidas entre homens, mas não entre mulheres jovens escolarizadas em Minas Gerais. Contudo, enfatizaram que a adoção da camisinha era muito inferior entre as moças do que entre rapazes, independentemente do consumo de drogas. Diante disso, sugerem serem necessárias abordagens preventivas voltadas para jovens que integrem o tema do uso de drogas e das modulações das relações de gênero sobre as práticas preventivas (Bertoni et al, 2009).

Finalmente, é notável que, apesar de prevalecerem experiências de práticas preventivas, houve entrevistadas que afirmaram que a camisinha não fazia parte de seus cenários sexuais. São mulheres de diferentes faixas etárias - Ângela, de 22 anos, Judith e Flora, de 32, Bertha, de 47, e Beatriz, de idade não informada. Apenas Flora embasava essa decisão no fato de ter tido só um parceiro na vida, que era seu marido. Para as demais, a inexistência do preservativo nas cenas era uma escolha baseada na percepção de que o HIV não existiria nos cenários sexuais delas, mesmo com parceiros diferentes e não necessariamente considerados estáveis. Assim, uma combinação de estigma da aids que a associa à promiscuidade, transformando-a em uma doença do outro, e de scripts de gênero que colocam a sexualidade feminina no lugar da passividade, no extremo oposto daquilo que é classificado como promiscuidade, contribuem para conformar cenários sexuais que deixam as mulheres mais vulneráveis ao HIV. Mesmo Virgínia, Regina, Manuela e Eleonora, que tinham hábito de ter relações protegidas, não percebiam o HIV como um risco concreto. E, efetivamente, todas elas estiveram expostas ao vírus em suas cenas sexuais.

5.3. Scripts de gênero em cena: apenas 'certas' mulheres merecem cuidado?

Nas experiências das entrevistadas, a PEP foi utilizada como recurso emergencial após a falha da camisinha, e não em substituição a ele, o que é coerente com o que tem sido observado em outros estudos (Körner et al, 2006). Excetuando-se os casos de Bertha e Ângela, nas cenas que levaram à PEP houve uso de preservativo, mas

o método falhou. Na análise de Nascimento (2016) em serviços participantes do *Combina!*, a autora observou que o principal motivo para a busca pela profilaxia foram relações sexuais vaginais com parceiro ocasional, cujo status sorológico era desconhecido, e nas quais houve rompimento de preservativo. As profissionais do sexo representaram aproximadamente um terço das mulheres que buscaram a PEP, similar ao que observamos entre nossas entrevistadas, mas a proporção de mulheres envolvidas em relações sorodiferentes foi bastante inferior, apenas 6,1%. O fato de mais da metade de nossas entrevistadas serem mulheres que se expuseram em relações com parceiros soropositivos pode sugerir que este grupo adere mais ao seguimento e por isso teriam sido mais facilmente acessadas por nosso estudo, já que optamos, por razões metodológicas previamente explicadas, pela priorização de entrevistas com mulheres na data de suas consultas de retorno.

Coerentemente com os modos como compreendiam e lidavam com a prevenção anteriormente, as cenas que derivaram na busca da PEP sexual foram aquelas compartilhadas com homens com os quais as entrevistadas não tinham intimidade. Isso foi válido inclusive em relação aos clientes, haja visto que todas as que estavam trabalhando quando foram potencialmente expostas estavam com clientes a quem atendiam pela primeira vez. Mais do que um mero reflexo de "baixa percepção de risco" no contexto das relações estáveis, o que esses dados nos sugerem é que uma mesma mulher interage com os sistemas de sexo e gênero de maneiras diferentes em cada cenário, a partir do sentido do vínculo que ela percebe haver entre ela e o parceiro, informada pelo sistema de hierarquização das práticas sexuais: quando a cena é compartilhada com um parceiro com quem não se tem intimidade, quando 'é só sexo', cabem os scripts de 'exigir' a camisinha, de 'impor' limites para as práticas e, conseqüentemente, pode caber a PEP. Mas, quando com esse parceiro se compartilham, além do sexo, outras dimensões da vida - familiares, econômicas, afetivas -, os scripts percebidos como mais adequados são os da confiança e da entrega, seja porque os cenários estão atravessados por amor, por dependência ou até por constrangimento violento. Da mesma forma, os scripts masculinos são exercidos de maneiras distintas conforme os cenários, resultando em maior ou menor cuidado na dinâmica das cenas com as possíveis conseqüências do sexo para as parceiras e para si mesmos. O cuidado expresso pelos homens soropositivos nas cenas em que há vínculo afetivo com as mulheres, mesmo que apenas de amizade, contrasta com a indiferença que marca as

cenar no contexto do trabalho sexual, nas quais, por vezes, estão presentes, inclusive, a violência e a ação dolosa. São, portanto, interações mutuamente informadas pelo sistema de gênero e da sexualidade, que resultam na classificação das mulheres que 'fazem sexo por amor' como aquelas que merecem cuidado, enquanto as que trocam sexo por dinheiro são desprezadas e podem ter sua integridade física e moral violadas. As reações das mulheres frente aos acidentes nos diferentes cenários também mudam: o descuido dos clientes não é passivamente tolerado pelas profissionais do sexo, as quais reagem ao se sentirem em risco, colocando-se diante dos clientes como sujeitos de direitos - de sua saúde e de suas escolhas sexuais. No sexo sorodiferente conjugal ou entre amigos, o diálogo não é de enfrentamento, mas de apoio e solidariedade. Já nas cenas de sexo casual, o risco é cogitado, mas as mulheres avaliam que não cabe compartilhar essa preocupação com os parceiros e buscam seu cuidado de forma independente deles.

Assim, os scripts de gênero desempenhados em cada cenário espelham interpretações que estão fundamentadas no sistema de hierarquização da sexualidade e que resultarão na decisão dos tipos de cuidados cabíveis e necessários. Ao mesmo tempo em que há certa aceitação tácita de um script sexual masculino que os tornaria mais expostos ao HIV, às IST e a gestações não planejadas - eles se relacionam com mais mulheres, têm relações extraconjugais, são mais descuidados, alguns são violentos -, a classificação de 'porra louca' e irresponsável só se aplica a parceiros casuais. Dos estáveis espera-se que eles sejam cuidadosos o suficiente no exercício da sua 'sexualidade masculina' para não quebrar a narrativa de que o sexo conjugal é seguro. A soropositividade de um companheiro, marido, namorado ou ficante aparece aí como uma quebra: rompe-se a lógica que sustenta a narrativa de que sexo praticado 'por amor', no âmbito da conjugalidade, é protegido da aids.

Assim, os cenários das relações estáveis só resultaram em busca pela PEP sexual quando envolviam relações sorodiferentes, conhecidas antes ou imediatamente após o acidente. Isso mostra que conhecer a soropositividade do parceiro muda a dinâmica da cena. A revelação da soropositividade desestabilizou a interpretação construída a partir do estigma da aids como a doença dos outros, os 'ilegítimos', e demandou reconstruir os significados do viver com o HIV. O processo foi difícil para Regina e Flora, que continuaram o relacionamento com seus companheiros soropositivos. Regina sofria com o temor de se infectar e, por vergonha e medo de ser isolada, mantinha a condição

sorológica dele em segredo de todos os seus conhecidos. Flora recebeu a notícia do HIV 'como uma bomba', mas sentia que depois de quase seis meses estava começando a lidar melhor com a condição da sorodiferença. Manuela, Bethânia e Virgínia romperam os relacionamentos com seus companheiros, mas as duas primeiras não atribuíram esta decisão à soropositividade deles. Bethânia sofreu violências físicas e verbais do namorado, além de ameaças, e foi isso que a fez separar-se dele; ela também tinha perdido o desejo sexual por ele após a descoberta da soropositividade, o que, inclusive, intensificou as agressões. Já Manuela alegou que o relacionamento 'não estava dando certo', mas referiu sofrer muito também com o medo de acabar se infectando, o que, inclusive, ela avaliava que resultaria na sua culpabilização por parte da família. Virgínia, por sua vez, avaliou que o risco que corria - infectar-se pelo HIV - era alto demais para uma relação cujo vínculo era frágil. Esses dados reforçam a necessidade de investir não apenas em campanhas de incentivo ao conhecimento da própria sorologia, mas também em ações para enfrentamento do estigma que ainda faz com que muitas pessoas prefiram manter em sigilo sua soropositividade e que tantas outras não queiram sequer se testar.

Regina, Flora, Virgínia e Manuela, que estavam cientes da soropositividade de seus parceiros há alguns meses, tinham informação sobre a intransmissibilidade quando a carga viral era indetectável (I=I), que receberam dos serviços de saúde que frequentavam (as duas primeiras) e de seus parceiros. Prati et al, 2016 observaram entre PVHA que aquelas que estavam vinculadas a um serviço de saúde e que tinham contato com organizações comunitárias de HIV/aids tinham maior conhecimento do tratamento como prevenção. Apesar de estarem informadas, essas mulheres ainda temiam se infectarem e isso prejudicava a dinâmica de suas interações sexuais com os parceiros. Essas experiências explicitam a relevância de ampliar o debate público acerca dos efeitos da terapia antirretroviral sobre a supressão viral e a transmissibilidade do HIV. A própria experiência de Manuela é esclarecedora de como uma ação programática que valorize a troca de saberes entre profissionais de saúde e usuários dos serviços pode contribuir para que informações científicas transformem o cotidiano dos casais sorodiferentes. Saber, pelo namorado, que ele tinha carga viral indetectável não foi suficiente para que ela se sentisse segura e à vontade nas relações sexuais com ele, mesmo com o uso de camisinha. O fato de ele viver com HIV fez, ainda, com que ela evitasse práticas, como o sexo oral, baseada na desinformação sobre a segurança da

prática. Posteriormente, na relação direta com o serviço de saúde, ela teve a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e reformular sua compreensão sobre o viver com HIV - 'você pode ter uma vida normal, ter namorada, ter até filhos hoje com uma pessoa que tem HIV'. A reformulação da percepção sobre o viver com HIV também foi relatada por Virgínia, com base na própria experiência de seu ficante: alguém que namora, transa, estuda e vai a festas.

Nos cenários de sexo casual, a falta de intimidade com os parceiros foi uma característica importante, mas não a única que fez com que as entrevistadas temessem terem sido expostas ao risco de infecção pelo HIV. A decisão de buscar a PEP levou em conta também informações e julgamentos sobre o comportamento sexual delas e dos parceiros. A associação entre promiscuidade e aids aparece aqui como uma dimensão do estigma que impulsiona a busca pela PEP: é nas situação em que se julgam "sendo promíscuas" ou se relacionando com homens "promíscuos" que o perigo da aids é percebido. Nos casos de Karina e Bertha, foi influenciada pelo fato de elas conhecerem pessoas que vivem com HIV. Este dado reitera a importância do enfrentamento do estigma que impede a conversa sobre o viver com HIV na sociedade: quando a conversa é possível, o HIV é percebido como uma realidade concreta e isso permite a troca de conhecimentos e a solidariedade entre pessoas soronegativas e soropositivas, o que contribui para a prevenção.

Coerentemente com o observado em estudos anteriores (Pasini, 2000; Sousa et al, 2017), os cenários de trabalho sexual foram aqueles nos quais as mulheres mais relataram exigir o uso do preservativo, além de as profissionais do sexo serem, entre as entrevistadas, as que se testavam mais regularmente para o HIV. Contudo, as flagrantes tentativas dos clientes de quebrarem os contratos estabelecidos, violando o código de trabalho das profissionais do sexo, criou situações arriscadas para elas. A negociação da proteção, como visto, é um processo contínuo e a tentativa de conseguir práticas desprotegidas persiste no desenrolar das cenas e pode chegar a situações extremas, como a vivida por Simone. A suspeita desta entrevistada de que a violação do pacto de uso da camisinha foi propositalmente causada pelo cliente não é infundada: no desenrolar da cena ele apaga as luzes, pede que ela fique em uma posição na qual ele tem maior controle e na qual ela não pode ver o preservativo, que ele manipula ao longo de toda a relação.

Dados similares foram encontrados em trabalhos anteriores (Sousa et al, 2017) e precisam ser analisados em relação ao contexto no qual se exerce o trabalho sexual no Brasil. Embora seja uma ocupação reconhecida pelo Código Brasileiro de Ocupações e a atividade em si nunca tenha sido criminalizada no país, há um conjunto de atividades em torno do trabalho sexual que são criminalizadas, como é o caso do funcionamento de casas de prostituição e o aluguel de quartos e outros espaços para este fim. Este contexto legal cria uma situação híbrida, em que o trabalho sexual se torna semicriminoso, contribuindo para que seja realizado em condições precárias e inseguras (Blachette e Silva, 2009). Esta avaliação, inclusive, fundamenta a luta pela regulamentação da profissão liderada pelos movimentos de prostitutas no país (Murray et al, 2018).

A literatura mostra que legislações restritivas em torno da prostituição geram condições mais precárias de trabalho para as profissionais do sexo (Le Bail e Giametta, 2017) e que, quanto mais precárias são as condições para o trabalho sexual, maiores são os riscos a que elas estão expostas. Quando o trabalho sexual é realizado na rua - seja porque este é o espaço onde toda a interação com os clientes acontece ou porque foi agenciado dentro de um espaço fechado, como uma boate, mas que não têm cabines para a prestação do serviço -, as profissionais do sexo ficam mais vulneráveis à violência dos clientes (Blachette e Silva, 2009). Trabalhar na rua é, ainda, uma condição mais comum para mulheres mais velhas, que deixam de ser aceitas para o trabalho em boates, e costuma ser pior remunerado, o que favorece cessões frente às demandas dos clientes (Blachette e Silva, 2009). Todas essas variáveis já foram associadas ao risco para o HIV em estudos no Brasil. Damacena et al (2014) identificaram que a profissionais do sexo que têm maior probabilidade de se infectar pelo HIV são as que trabalham na rua, são mais velhas, têm menor renda e estão há mais tempo na profissão. Damacena et al (2011) observaram, ainda, que o risco de infecção pelo HIV entre as profissionais do sexo está associado ao menor preço do programa e à disponibilidade em renunciar ao uso da camisinha sob solicitação do cliente.

As profissionais do sexo que entrevistamos trabalhavam em casas de prostituição e Judith e Simone, inclusive, justificaram essa escolha pela segurança que esses lugares lhes oferecem, tanto para proteção em relação à violência quanto para assegurar o pagamento pelos serviços. Rosa era quem estava há mais tempo na profissão e trabalhava em condições de maior precariedade, com mudanças frequentes

de locais de trabalho e fazendo desses lugares também o seu local de moradia, o que sugere uma situação de vulnerabilidade econômica. Rosa era a mais velha entre as profissionais do sexo entrevistadas e foi também a que relatou mais episódios de violência, de IST e de usos de PEP. Esses dados, além de confirmarem que condições de trabalho mais precárias produzem situações de maior vulnerabilidade para as profissionais do sexo, indicam que aquelas que trabalham nas piores condições podem estar tendo mais dificuldade de chegar aos serviços de PEP sexual e por isso não foram acessadas pelo estudo.

A indiferença dos clientes em relação aos riscos à saúde das profissionais no sexo precisa também ser compreendida como parte de um contexto de intensa estigmatização do trabalho sexual. As narrativas de nossas entrevistadas expressam a intensidade do estigma de várias maneiras: no sigilo mantido sobre a profissão; nos cuidados para não ser percebida como uma profissional do sexo (preocupação, inclusive, que afeta o acesso delas aos preservativos); no sentimento de vergonha, especialmente diante de filhos e companheiros; e na justificativa deste como um trabalho temporário, do qual pretendem sair assim que possível. Exemplificando, porém, a complexidade de como o estigma da aids opera nas diferentes interações sociais, observa-se que as profissionais do sexo também mobilizaram explicações estigmatizantes para julgar certos clientes perigosos, baseando-se em uma suposta irresponsabilidade e vilania das PVHA, tidas como pessoas que 'espalhariam' o vírus propositalmente.

A narrativa do trabalho sexual como um trabalho que não pode ser defendido como sua profissão funciona como um impeditivo para que as mulheres que o exercem reivindiquem seus direitos como trabalhadoras, ao mesmo tempo em que é a narrativa que permite a elas se afastarem do estigma - ela não é prostituta, ela é apenas alguém que recorreu a esta atividade para dar conta de necessidade emergenciais de sua vida (Blachette e Silva, 2009). Isso não significa que seja uma narrativa inverídica. Para algumas mulheres, como foi o caso de Simone, o trabalho sexual é buscado justamente como meio para obter uma qualificação profissional em outro ramo. Da mesma forma, ele pode ser o que permite sair de condições econômicas mais precárias, já que a renda que as mulheres conseguem obter no trabalho sexual é, muitas vezes, maior do que a que teriam em outros trabalhos precários, como mostra a história de Judith. Assim, a prostituição, por permitir melhor renda e condições flexíveis de trabalho - que,

inclusive, viabilizam a dedicação das mulheres aos cuidados da família -, pode ser vivida como a melhor escolha possível dentro de um certo conjunto de trabalhos femininos, não sendo, necessariamente, a única opção de sobrevivência delas (Blachette e Silva, 2009), como interpretam correntes conservadoras, inclusive do feminismo chamado abolicionista.

A violência de gênero e, em particular, a violência sexual contra mulheres, são fenômenos altamente prevalentes no Brasil e que têm sido associados à maior exposição ao HIV. Billand e Paiva (2017) destacam que a violência dos homens contra suas parceiras afetivas encontra suas bases na frustração de expectativas deles em relação ao ideal de “boa feminilidade” socialmente construído. Espera-se das mulheres que se adaptem aos scripts sexuais e de gênero que são socialmente legitimados - e que, com frequência, são necessários para a consecução dos projetos de felicidade masculinos. Transgressões desses scripts podem resultar em diferentes formas de repressão, inclusive violenta. No estudo de Ferraz e Grangeiro (2013), quatro em cada dez mulheres relataram já ter sofrido violência perpetrada por um homem, majoritariamente praticada por um parceiro íntimo; uma em cada dez relataram ter sofrido violência sexual, percentual similar ao encontrado por Schraiber et al (2008). Ferraz e Grangeiro (2013) observaram, ainda, que a proporção de relatos de violência aumentou sistematicamente de acordo com o número de parceiros na vida, o que pode ir ao encontro da explicação de Billand e Paiva (2017) sobre a transgressão do ideal de boa feminilidade como base para a violência de gênero. A associação entre ter sofrido violência e ser exposta ao HIV foi observada por Barbosa et al (2016), que encontraram prevalência significativamente maior de experiências de violência entre mulheres vivendo com HIV do que entre mulheres que não vivem com o vírus - duas em cada dez MVHA já tinham sofrido violência sexual. Além disso, Ferraz e Grangeiro (2013) observaram que a chance das mulheres não usarem preservativo era maior entre aquelas que relataram ter sofrido violência psíquica e verbal.

Entre nossas entrevistadas, não houve nenhum relato de sexo forçado que tenha levado à busca da PEP, embora tenha havido diferentes formas de violência nas cenas de trabalho sexual. Porém, a violência dos parceiros íntimos apareceu nas experiências de duas mulheres: Bethânia, que relata ter terminado o relacionamento em função das agressões físicas e verbais do ex-namorado, e Regina, que conta sobre como o atual companheiro buscava cercar sua liberdade, além de tê-la contido fisicamente no

momento de tensão em que ela tentou romper o relacionamento e ele decidiu revelar sua soropositividade. Há ainda o relato de Ângela, que alerta para as condições de consentimento e cuidado mútuo em situações de sexo casual: ela relatou estar embriagada a ponto de não conseguir decidir autonomamente sobre as condições em que a relação sexual aconteceria e, refletindo posteriormente, ponderou justamente que o parceiro, que não estava tão embriagado quanto ela, poderia ter cuidado de ambos, assegurando o uso da camisinha. Destaca-se deste conjunto de dados a importância de articular os programas de aids e de enfrentamento da violência contra as mulheres, de modo a potencializar as ações de ambos.

5.4. Disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de PEP nas experiências das entrevistadas

5.4.1. Disponibilidade e Acessibilidade

A oferta e o uso da PEP sexual têm se expandido progressivamente no Brasil desde que foi implantada em 2010. Trata-se de um dado positivo, tendo em vista ser esta uma tecnologia que demanda acesso imediato, cuja busca pode ser necessária a qualquer momento do dia. A descentralização da oferta da PEP sexual tem sido apontada como uma importante medida para aumentar a procura e o uso oportuno desta tecnologia (Carneiro e Elias, 2018; Restar et al, 2017; Krakower et al, 2015).

Mas, para além de ampla cobertura de serviços, o uso oportuno da PEP sexual requer que as pessoas conheçam o método (Sultan et al, 2014; Cohen et al, 2013). Entre as entrevistadas, apenas quatro mulheres tinham ouvido falar da PEP sexual antes terem sofrido a potencial exposição. Judith, Bertha e Manuela relataram, inclusive, não terem buscado os serviços em situações de exposição anteriores por não saberem que o método existia. Joana acreditava, inicialmente, que ele era direcionado exclusivamente para HSH, pois o único material que já tinha visto sobre o tema era direcionado a este público. Estudos com outros grupos específicos encontraram baixo conhecimento sobre o método no Brasil: Said e Seidl (2015) em estudo com PVHA envolvidas em relações sorodiscordantes observaram que dois terços delas não estavam adequadamente informadas sobre a profilaxia e que os que estavam informados relataram como principais fontes os atendimentos recebidos no serviços de saúde e materiais informativos do Ministério da Saúde. Nas experiências das entrevistadas, conhecer e

acessar a profilaxia dependeu dos elementos que estavam disponíveis nos seus cenários culturais, tendo sido especialmente relevantes, o acesso a serviços de saúde, o contato com pessoas que vivem com HIV, a interação com colegas entre as profissionais do sexo e o acesso à internet.

Estudos internacionais confirmam que o conhecimento sobre a PEP sexual ainda é baixo e que é comumente menor entre as mulheres que entre os homens. Em Nova Iorque, Farhat et al (2016) identificaram que 33% entre os homens entrevistados conheciam a PEP, percentual que era de 23% entre as mulheres. Na mesma cidade, Koblin et al (2018), encontraram taxas de conhecimento e uso, respectivamente, de 80% e 15,3% entre jovens negros HSH, 63% e 13,3% entre mulheres transgênero e 34% e 7,6% entre mulheres negras cisgênero. Entre as mulheres trans, o menor conhecimento esteve associado ao temor do estigma e à identificação de barreiras para acessar o método; este último foi também o principal fator associado com o menor conhecimento entre as mulheres cisgênero (Koblin et al, 2018). Oldenburg et al (2015) observaram que o estigma está associado com aumento de comportamentos de risco para o HIV e menor conhecimento das profilaxias para o HIV. Na Itália, Prati et al (2015) compararam o conhecimento sobre PEP e TTP entre pessoas heterossexuais, HSH e PVHA e encontraram menor conhecimento no primeiro grupo. Os autores observaram, ainda, associação positiva entre conhecimento de PEP e realização de testagem no último ano e contato com organizações de HIV/Aids.

Acessar a PEP a tempo mostra-se mais fácil quando se está informada sobre a existência dela e, mais ainda, sobre o serviço onde ela é ofertada. Assim, entre nossas entrevistadas os itinerários mais curtos foram os de Regina e Flora, que já estavam vinculadas a serviços que ofereciam PEP e devidamente orientadas sobre as indicações para uso da profilaxia. De maneira similar, nos casos em que a soropositividade foi descoberta em idas conjuntas aos serviços de saúde, o encaminhamento adequado por parte dos profissionais da rede de atenção primária favoreceu o acesso oportuno à profilaxia, exceto no caso de Adriane. No caso de Manuela, relacionando-se por meses com um homem que vivia com HIV em tratamento e com carga viral indetectável, portanto, vinculado a um serviço de saúde, ambos desconheciam a existência da PEP. A falha programática do serviço especializado em orientar o paciente soropositivo sobre as possibilidades de prevenção para suas parcerias foi compensada pela qualidade da ação programática na unidade de atenção primária, que fez o encaminhamento adequado,

após ser acionada por Manuela. São exemplos que ilustram a importância da ação programática de qualidade para a consecução do acesso à prevenção.

Mulheres cuja potencial exposição aconteceu em cenários de sexo casual tiveram que percorrer várias etapas, acessando diferentes meios e pessoas, até concretizar o acesso à profilaxia. A internet foi um elemento importante para descobrir a PEP e, principalmente, para localizar os serviços onde acessá-la. Além disso, assim como aconteceu com as mulheres que se expuseram em relações sorodiferentes, Karina e Bertha foram beneficiadas por conhecerem PVHA.

Entre as profissionais do sexo, a contribuição mais importante foi a das colegas que, além de informarem sobre o método, em alguns casos acompanharam umas às outras na ida ao serviço, sugerindo a importância de uma rede de solidariedade entre elas. É importante notar, porém, que as profissionais do sexo entrevistadas concentraram-se no serviço de SP - Judith, Rosa, Joana e Simone foram atendidas neste serviço, Leila em Ribeirão Preto e Patrícia em Curitiba - e que em Porto Alegre e Fortaleza nenhuma profissional do sexo foi entrevistada. Além disso, Patrícia relatou que suas colegas desconhecem a PEP e sua fonte de informação foi a internet. Isso sugere que a circulação da informação entre as profissionais do sexo, embora esteja ocorrendo em SP, pode estar limitada em outras localidades, demandando investimentos na divulgação deste método inclusive para este grupo, como já sugeriram outros estudos (Restar et al, 2017). Cabe, ainda, observar que, embora cresçam no Brasil atendimentos que são agenciados via internet (Blachette e Silva, 2009), entre nossas entrevistas apenas Leila referiu usar esse meio e ela também atendia em uma casa de prostituição. Isso permite ponderar se as mulheres que vendem serviços sexuais exclusivamente por meio da internet estariam mais isoladas da convivência com outras colegas, o que contribuiria para menor informação sobre métodos preventivos entre elas e reforçaria a importância de ampliar e aprimorar a informação sobre o método na internet.

A relevância que o contato pessoal com profissionais do sexo ou com pessoas que vivem com HIV teve na busca pela PEP entre as entrevistadas indica, por um lado, que pertencer a um grupo identificado como mais vulnerável e conhecer PVHA são elementos que contribuem para que as mulheres estejam atentas ao HIV e tenham acesso a informações importantes. Para elas, a aids não é uma abstração, mas algo que está concretamente presente em seu cenário cultural, nas histórias de seus parceiros,

familiares e amigos. Por outro lado, o que este dado informa é que ampliar o diálogo sobre a prevenção da aids amplia a proteção contra a infecção.

A ausência de mulheres trans e travestis durante o trabalho de campo em todos os sítios sugere que esses grupos têm tido mais dificuldade de acesso aos serviços de PEP sexual e, conseqüentemente, que são necessários investimentos programáticos em estratégias de comunicação e de organização dos serviços que facilitem o acesso delas. Dados da experiência de implantação da PrEP no *Combina!* mostram que, embora nas diretrizes nacionais mulheres trans e trabalhadoras sexuais estejam identificadas como grupos prioritários para a oferta de PrEP, nos serviços elas são minoria também entre os usuários desta modalidade profilática, havendo predominância de HSH (Grangeiro, 2018). Esses dados são semelhantes aos da França, onde atualmente cerca de 97% dos usuários de PrEP são homens gays (Molina et al, 2018). Ações especificamente desenvolvidas para ampliar o acesso das mulheres trans e profissionais do sexo aos serviços de PrEP têm indicado resultados positivos. No *Combina!*, em 2017 um serviço adicional foi incluído no estudo, por ser reconhecido como referência para atendimento desses dois grupos para testagem e tratamento do HIV em São Paulo; com isso, aumentou o número de mulheres e de profissionais do sexo no estudo. Na região da Île-de-France, no âmbito do estudo Prévenir (Molina et al, 2018), parcerias entre serviços de PrEP e organizações de pessoas trans têm atuado de duas maneiras: levando as consultas de PrEP para a sede de uma organização comunitária e estabelecendo um mecanismo chamado de mediação sanitária, que consiste no acompanhamento, por parte de membros das organizações, de pessoas trans em seus atendimentos de PrEP nos hospitais (Ferraz, 2018).

Os casos em que foram necessários longos deslocamentos e horas de peregrinação até chegar à PEP, assim como as dificuldades de agendamento de consultas de retornos, indicam que a disponibilidade do método nem sempre assegura sua acessibilidade. Joana e Judith se deslocaram cerca de quarenta quilômetros cada uma. Joana reconheceu que a distância era um dificultador, enquanto Judith disse preferir usar um serviço longe de casa, por confiar na especialidade do serviço em lidar com casos como o dela para evitar encontros com pessoas conhecidas. Rosa, que levou cerca de seis horas para chegar ao serviço, comentou que a distância é um dos fatores que a faz ponderar as situações em que vale a pena ou não recorrer à PEP. Karina teve seu tempo de seguimento prolongado por não conseguir consultas dentro do prazo

estipulado pelo protocolo de PEP. Esses dados sugerem, ainda, que seria interessante considerar a possibilidade das pessoas que buscam a PEP dar continuidade ao seu seguimento em outros serviços, caso isso facilitasse sua adesão ao seguimento, o que contribuiria, também, para desafogar as agendas dos serviços especializados.

5.4.2. Aceitabilidade e qualidade

As entrevistadas se sentiram bem atendidas e, principalmente, bem acolhidas nos serviços, especialmente tendo em vista que os momentos imediatamente após a potencial exposição foram marcados por medo, ansiedade e nervosismo. Elas relevaram eventuais falhas nos fluxos de atendimento e nos encaminhamentos entre serviços, valorizando a possibilidade que tiveram de acessar e concluir, em serviços públicos de saúde, um tratamento que elas percebiam como extremamente necessário para evitar uma doença grave e, sobretudo, altamente estigmatizante. Ainda que menos frequentes, houve também falhas relativas à estrutura física e à interação entre profissionais e usuárias que comprometeram a qualidade de serviço.

A percepção de que os serviços estavam preparados para lidar com as histórias que as levaram à PEP foi um elemento importante na avaliação que as entrevistadas fizeram dos atendimentos. Elas valorizaram o acolhimento que receberam, que contribuiu para diminuir o sofrimento delas e as permitiu falar da situação de exposição, superando a vergonha e recebendo as orientações necessárias. Consideraram que os serviços atenderam ou superaram suas expectativas e por isso não recomendaram mudanças no funcionamento deles. Esses dados indicam que a expertise dos serviços de HIV na abordagem dos aspectos psicossociais da epidemia tem se traduzido em atendimentos de qualidade para as pessoas que buscam PEP. A literatura aponta, porém, a necessidade de ponderar possíveis vieses, dado que a investigação da satisfação dos usuários de serviços de saúde tende a produzir declarações positivas, caracterizando o que é chamado de efeito de elevação (Espigão e Trad, 2005). Além disso, o fato das entrevistadas terem sido mulheres que aderiram ao seguimento da PEP sugere que elas não tenham passado por situações desagradáveis nos serviços, sendo possível pressupor que teríamos encontrado avaliações mais nuançadas se tivéssemos igualmente acessado mulheres que abandonaram o seguimento. Some-se a isso o fato das entrevistas terem sido realizadas nos serviços de saúde, o que pode constranger as críticas, mesmo tendo

os entrevistadores enfatizado que as opiniões manifestadas nas entrevistas não interfeririam no cuidado que as entrevistadas recebiam no serviço.

Em que pese o predomínio de avaliações positivas por parte das usuárias, há dados que alertam para limites organizacionais e estruturais que comprometem a consecução de práticas guiadas pelo Cuidado. A existência de estrutura física adequada para assegurar a privacidade e a confidencialidade dos atendimentos é central na oferta da PEP (Restar et al, 2017). A ausência de salas para atendimento médico e de enfermagem, como visto no serviço de Fortaleza, pode prejudicar a preservação do direito à privacidade, além de representar condições de trabalho inadequadas para esses profissionais. No tocante à organização do trabalho interno dos serviços, assim como da rede de referência e contrarreferência, as falhas mais emblemáticas foram nos casos de Patrícia, que não conseguiu usar a PEP na primeira vez que precisou porque o serviço a informou que não estava disponível para o tipo de exposição que ela sofreu, e de Adriane, que não conseguiu usar a profilaxia por ter recebido uma orientação incorreta no primeiro serviço que buscou. Além delas, Bertha quase teve o uso inviabilizado pela demora da equipe de saúde da UPA em decidir se iria ou não lhe entregar o medicamento, mesmo ela tendo sido encaminhada pelo CTA; Simone foi erroneamente orientada na recepção do serviço; Judith já tinha tentado usar o serviço duas vezes, sem sucesso; Joana teve de enfrentar longa espera; e Karina teve a dificuldade de realizar o seguimento em tempo oportuno por estrangulamento da capacidade de atendimento do serviço.

No que concerne à interação com os profissionais, embora se sobressaiam os relatos positivos e elogiosos, Patrícia e Joana, ambas profissionais do sexo, tiveram queixas sobre o tratamento que receberam: a primeira sentiu-se reprovada por sua profissão, o que tornou o aconselhamento uma etapa constrangedora; e a segunda, relatou ter sido tratada rispidamente pelo médico. Mesmo sendo exceções, são relatos que indicam a necessidade de investimento contínuo na qualidade do atendimento prestado pelos profissionais nos serviços de PEP para assegurar o princípio da não discriminação, inclusive porque o temor de ser discriminada pode ser um fator que afaste as profissionais do sexo desses serviços como o faz em relação aos de testagem (Damacena et al, 2014).

A PEP, além de sua própria função preventiva estratégica, pode ser um vinculador das pessoas à PrEP ou a outras estratégias preventivas (Koblin et al, 2108). Apesar disso, nas experiências de nossas entrevistadas a PEP não serviu como oportunidade para estabelecimento de vínculo com os serviços de HIV. Apenas Judith passou a retirar camisinhas no serviço, mas nenhuma relatou usar outras atividades preventivas oferecidas por eles a partir do uso de PEP. Nas experiências de implantação da PrEP, por outro lado, temos observado que a necessidade de aderir a um protocolo de seguimento que demanda visitas frequentes aos serviços tem sido avaliada positivamente pelos usuários, que sentem estar se beneficiando não apenas de uma tecnologia medicamentosa, mas de um cuidado de saúde que lhes permite, por exemplo, identificar e tratar oportunamente eventuais IST e ser acompanhado por uma equipe de saúde (Ferraz, 2018).

5.5. O cotidiano com a PEP

Cumprir o tratamento profilático foi uma experiência custosa, que demandou lidar com efeitos adversos intensos, físicos e psicossociais. O estigma da aids, assim como o de ser julgada como mulheres que não se adéquam aos scripts sexuais de gênero, tornou a experiência de uso da PEP sigilosa e solitária e, portanto, com pouca possibilidade de apoio para a angústia e a insegurança que foram vivenciadas pelas entrevistadas ao longo do tratamento profilático. Apesar disso, elas aderiram à profilaxia por perceberem que ela evitaria que elas viessem a ter uma doença crônica e altamente estigmatizante.

Reiterando que o estigma é um dos elementos que contribuem para a dinâmica do HIV (Oldenburg et al, 2015; Parker, 2013; Parker e Aggleton, 2001), as experiências das entrevistadas com a PEP sexual no seu cotidiano foram atravessadas de várias maneiras por este fenômeno social. A principal delas foi o temor de serem confundidas com uma pessoa que vive com HIV em função de tomarem antirretrovirais. Esta preocupação tem se mostrado central em outros estudos sobre tecnologias preventivas baseadas no uso dos ARV, inclusive entre mulheres (Arnold et al, 2017; Gopajuru et al, 2017). Manifestou-se também na preocupação de que a profilaxia levasse à revelação da soropositividade de seus parceiros, que mulheres como Regina e Manuela mantinham como segredo inclusive de familiares. Em um cruzamento com o

estigma de gênero em relação ao exercício da sexualidade, as mulheres expressaram preocupação sobre o que outras pessoas poderiam pensar delas por terem precisado usar a PEP: o temor aqui era ser vista como promíscua ou prostituta. Todos esses atravessamentos contribuíram para que o uso da profilaxia se tornasse uma experiência vivida solitariamente e em segredo. Resultados similares foram observados entre mulheres que usaram PEP após terem sofrido violência sexual na África do Sul, que escondiam a tomada dos medicamentos para evitar que outros descobrissem que elas foram violentadas e as culpassem pelo ocorrido (Abraham e Jewkes, 2010). Tem-se, assim, que o estigma, além de prejudicar a experiência das pessoas que buscam a PEP, contribui para manter o método pouco conhecido. Diferentemente da valorização que se observa em relação ao uso do preservativo como uma ato de cuidado, o uso da PEP aparece como uma prova de exposição ao HIV, que pode ser interpretada como promiscuidade e imoralidade. Há, portanto, o desafio de enfrentar o estigma e de produzir discursos positivos sobre a PEP, que a valorizem como o método mais adequado para as situações em que o uso de outros métodos falhou.

O estigma também está na base do medo que as entrevistas relataram de virem a ter HIV. Isso não significa que elas que não temessem a gravidade da doença em si, embora aquelas que conheciam mais sobre a eficácia do tratamento com antirretrovirais, como Manuela, Regina e Virgínia, percebessem que a infecção pelo HIV é atualmente controlável. Contudo, aquelas que conviviam com PVHA reconheciam os efeitos do estigma na experiência dessas pessoas e por isso temiam serem discriminadas, isoladas e rejeitadas, se viessem a ter HIV. Esta preocupação interferiu, inclusive, nas condições de manutenção dos relacionamentos com companheiros soropositivos, como observado mais explicitamente nos casos de Virgínia e de Regina. O estigma apareceu, ainda, no julgamento que entrevistadas como Simone, Adriane e Beatriz fazem das histórias de PVHA que elas conhecem que coincidem com já mencionada suposição de que há PVHA que infectam outras pessoas propositalmente.

O uso da PEP foi vivido como uma antecipação do viver com HIV. Ir ao serviço especializado em aids, esperar os resultados dos exames, verificar se os remédios funcionaram após um mês, tomar medicamentos que são também usados para o tratamento de pessoas que vivem com HIV: todas essas foram dimensões da experiência que fizeram as mulheres ponderarem as consequências que a infecção pelo HIV poderia trazer para a vida delas e que as motivaram, inclusive, a aderir ao tratamento profilático.

Procópio et al (2014) observaram reações similares entre mulheres vítimas de violência sexual que usaram PEP no Recife e que relataram sentimentos ambíguos em relação à profilaxia, que representava, ao mesmo tempo, a segurança de que não teriam outras consequências graves do estupro e uma dificuldade extra a ser enfrentada durante o período imediatamente após o evento traumático.

A adesão unânime que encontramos em nosso estudo é provavelmente explicada pela escolha de priorizar entrevistar mulheres que deram continuidade ao seguimento nos serviços e que mantiveram, ao longo do acompanhamento, a percepção de que haviam sido expostas e que estavam sob risco. Na literatura, a adesão é reportada como um dos maiores desafios da PEP (Tissot et al, 2010), assim como as altas taxas de abandono de seguimento. No estudo de Nascimento (2016), apenas 49% das mulheres que buscaram PEP em serviços participantes do *Combina!* realizaram uma consulta de seguimento; entre essas, 81,8% concluíram o esquema profilático completo. Em estudo focado em trabalhadoras do sexo no Quênia, Izulla et al (2013) encontraram que 56% delas fizeram a primeira consulta de seguimento dez dias após o início da profilaxia e, entre essas, a adesão foi de 88%. Contudo, para o conjunto da amostra a adesão foi de 49%. Metanálise que incluiu dezessete estudos com homens e mulheres heterossexuais e um exclusivamente com mulheres trabalhadoras sexuais encontrou taxa de adesão de 67% e perda de seguimento que variou de 2 a 38% (Oldenburg et al, 2013). Em outra metanálise, dessa vez incluindo noventa e sete estudos considerando todas as modalidades de uso da PEP, a adesão encontrada foi de 56,6%, sendo mais baixa entre pessoas que a usaram em função de terem sofrido violência sexual (Ford et al (2014). Outros estudos confirmam que a adesão tende a ser menor nos casos de violência sexual (Scannell et al 2018; Oldenburg et al, 2013; Abraham e Jewkes, 2010; Chacko et al, 2012; Diniz et al, 2007). Estratégias para melhorar a adesão à medicação e ao seguimento são debatidas na literatura e incluem: a simplificação dos protocolos de atendimento da PEP e das diretrizes para prescrição; investimentos em ações comunicacionais, como o envio de mensagens por telefone; a adoção de medicamentos de dose fixa combinada; a entrega do tratamento profilático completo no primeiro contato com os pacientes; a escolha de esquema medicamentoso com menores efeitos adversos; e a implementação de ações de apoio à adesão ao tratamento e ao seguimento no âmbito dos serviços (Carneiro e Elias, 2018; Ford et al, 2014; Procópio et al, 2014).

Apesar da boa adesão, tomadas incorretas dos medicamentos e interrupção temporária do seu uso foram relatadas por Manuela, Eleonora e Simone. As duas primeiras tomaram comprimidos a mais, enquanto Simone suspendeu a tomada por uma semana por medo de que os ARV interferissem no efeito do anticoncepcional hormonal. São falhas que poderiam ter sido evitadas por meio da conversa com profissionais de saúde, com investigações mais aprofundadas da compreensão das mulheres sobre a PEP e investigação de eventuais temores que possam comprometer seu uso.

A literatura aponta que os efeitos adversos da PEP são frequentes e estão associados ao abandono da profilaxia (Ford et al, 2014). Os relatos de nossas entrevistadas confirmam que eles foram intensos a ponto de atrapalharem a vida cotidiana, mas não comprometeram a adesão, como acabamos de discutir. No estudo de Nascimento (2016), 72,1% das mulheres reportaram efeitos adversos, semelhante ao observado em outras pesquisas que verificaram proporções de 70% (Sonder et al, 2007) e 64% (Tissot et al, 2010). Náuseas, enjoos, cefaleia e diarreia foram os efeitos adversos mais reportados por nossas entrevistadas e são considerados os mais comuns (Carneiro e Elias, 2018; Nascimento, 2016; Tissot et al, 2010). As entrevistadas, porém, associaram o mal estar físico não apenas aos efeitos bioquímicos dos medicamentos no organismo, mas também ao stress de usar a profilaxia. Relatos similares foram observados na África do Sul, onde o apoio dos profissionais de saúde foi relatado pelas mulheres entrevistadas como o que mais contribuiu para aliviar os sintomas (Abraham e Jewkes, 2010) .

Face à intensidade dos efeitos adversos observados entre nossas entrevistadas e às evidências de associação entre os esquemas adotados, a ocorrência desses efeitos e o abandono do tratamento profilático observadas em outros estudos (Thomas et al, 2015; Drezzet, 1999), é digno de nota o fato de que o Ministério da Saúde tem buscado implementar o uso de drogas mais eficazes e com menos efeitos adversos para a PEP. O esquema profilático utilizado até 2015 - portanto, vigente à época da coleta de dados deste estudo - se baseava na combinação de três antirretrovirais - zidovudina, lamivudina e tenofovir (Brasil, 2010). Em 2015 foi substituído por tenofovir, lamivudina e atazanavir/ritonavir (Brasil, 2015) e, em 2017, o atazanavir/ritonavir foi substituído pelo dolutegravir, justamente para reduzir a frequência dos efeitos adversos e, assim, contribuir para a melhor adesão e menor abandono do tratamento profilático (Brasil, 2018a).

Resistências à ampla divulgação da PEP são frequentemente justificadas pela preocupação de que o conhecimento do método incentive o abandono do uso do preservativo, no sentido da chamada compensação de risco. Trata-se de uma noção oriunda das abordagens de saúde cognitivo-comportamentais, que postula que cada pessoa aceita viver certo nível de risco à saúde, subjetivamente estimado, em troca dos benefícios que determinada prática pode lhe oferecer e que, frente à introdução de qualquer nova intervenção, podem, crescentemente, adotar comportamentos não protegidos por se perceberem em menor risco (Underhill, 2013). Estudos anteriores são pouco informativos de eventuais efeitos neste sentido entre mulheres. Mas, considerando outros grupos, o conhecimento sobre tecnologias alternativas não parece resultar necessariamente no aumento da frequência de relações sem preservativo, como observado por Prati et al (2015) na Itália, por Martin et al (2004) Estados Unidos e por Körner et al (2006) na Austrália. Já na Holanda, Heuker et al (2012) identificaram incidência do HIV quatro vezes maior e crescimento mais acentuado dessa taxa entre HSH usuários de PEP sexual do que entre os HSH que nunca haviam utilizado a tecnologia. A preocupação com a compensação de riscos não encontrou respaldo nas experiências das nossas entrevistadas. Ao contrário: o efeito mais importante do uso da PEP sexual foi a intenção de ter mais cuidado nas práticas sexuais, somado à tranquilidade de saber que existe uma tecnologia complementar ao preservativo com a qual podem contar, caso ele falhe. Mais atenção à colocação da camisinha e à procedência do insumo, assim como a adoção da testagem mútua, foram consequências positivas do uso da PEP em relação à prevenção, o que reforça que a ampliação da divulgação da profilaxia é um investimento a ser feito.

Quanto ao uso repetido da PEP, entre as nossas entrevistadas apenas Rosa não estava usando a profilaxia pela primeira vez. Estudos com amostras majoritariamente formadas por HSH encontraram taxas de busca repetida variadas, sendo de 17.5% na Austrália (Armishaw et al, 2011) e 28% no Canadá (Thomas et al, 2015). Rosa foi também a única que relatou que conhecer a profilaxia poderia contribuir para ela diminuir a preocupação com o uso do preservativo. Para as demais entrevistadas, conhecer a profilaxia representou um alívio por saber que poderiam recorrer ao método caso passassem por outra exposição acidental, mas elas não cogitaram se expor intencionalmente. Tanto o medo de se infectar quanto os efeitos adversos foram razões apontadas para não desejar passar pela PEP novamente.

6. Considerações Finais

Esta tese procurou conhecer as experiências de mulheres que usaram a profilaxia pós-exposição ao HIV que se perceberam expostas em relações sexuais consentidas, considerando-as como experiências inseridas em uma conjuntura social paradoxal, marcada, de um lado, pelos potenciais benefícios da diversificação de métodos preventivos, e, de outro, por retrocessos no âmbito dos direitos humanos, em especial, de tensões no campo da equidade de gênero.

A validação de nossas considerações finais deve considerar os limites deste estudo. Consideramos que informações mais limitadas obtidas em uma ou outra entrevista, ou o fato das mulheres terem sido abordadas apenas em serviços especializados, não comprometem a análise que apresentamos e a discussão que fizemos do conjunto dos resultados. Esperamos que o conjunto das entrevistas e a síntese interpretativa que oferecemos possa inspirar a promoção do direito à prevenção e ao Cuidado das mulheres brasileiras no campo da aids.

Entendemos que, neste momento em que as opções preventivas se diversificam, as respostas programáticas devem buscar assegurar a todas as mulheres, reconhecidas na sua diversidade, o direito de conhecer o conjunto de métodos preventivos disponíveis no país e de acessar aqueles que melhor respondam às suas necessidades. Defendemos que, visto que a exposição das mulheres ao HIV é estruturada em cenários culturais atravessados por desigualdades de gênero e pelos estigmas da aids e da sexualidade, as respostas programáticas mais eficientes serão aquelas que, orientadas pelos direitos humanos, dediquem-se a mitigar as desigualdades e a violência simbólica e estrutural que produzem cenários de maior vulnerabilidade para as mulheres. Nos parágrafos a seguir exploraremos esta argumentação.

Nossos resultados indicam que a PEP sexual, embora seja uma tecnologia com finalidade bastante específica, é estratégica porque assegura a prevenção quando todos os outros métodos falham. É positivo, portanto, que se tenha expandido a oferta do método e que aumente seu uso no Brasil. Apesar desses avanços, a profilaxia ainda é pouco conhecida e permanece subutilizada pelas mulheres, inclusive pelas que seriam categorizadas em grupos prioritários para as ações de prevenção, tornando necessárias ações programáticas que promovam a divulgação do método. Neste processo de divulgação, consideramos, a partir dos nossos dados, que três mensagens merecem ser enfatizadas:

(1) A primeira é que a PEP pode ser usada por pessoas que se expuseram em relações sexuais consentidas, superando a informação mais corrente de que seu uso seria restrito a situações de violência e de acidentes ocupacionais.

(2) A segunda, que sua oferta é universal, desmistificando ideias como a de que o método seria restrito para os HSH, que foi o público prioritário das primeiras campanhas de divulgação da PEP sexual no Brasil e que podem ter contribuído para manter as mulheres mais afastada dos serviços de PEP sexual.

(3) A terceira diz respeito ao desafio de produzir um discurso positivo sobre esta tecnologia, como foi feito com o preservativo nas primeiras décadas da epidemia, a fim de valorizar a PEP sexual como uma ação de autocuidado e não como uma 'prova de promiscuidade'.

Este último é um desafio que se aplica a todos os métodos preventivos baseados no uso dos ARV, visando assegurar que a valorização do preservativo não redunde em desqualificação dos outros métodos, muito menos na estigmatização de seus usuários. Implica superar as especulações de que o conhecimento da eficácia dos ARV levaria à 'compensações de risco', que seguem fundamentando interpretações que culpabilizam grupos específicos pelo recrudescimento da aids, sobretudo quando se tratam de jovens, 'aqueles que não viram a aids pré ARV' e que, portanto, 'não teriam medo da doença'. Nossos dados confrontam tais especulações, ao encontrar jovens mulheres que buscaram os ARV precisamente porque reconhecem o HIV como parte de seus cenários e porque reconhecem a si mesmas como sujeitos de direito à saúde.

Além da PEP sexual, o TTP e a PrEP também são métodos que precisam ser mais amplamente divulgados para as mulheres, dado que, como visto, estas podem ser as tecnologias mais adequadas para elas em determinados cenários. No caso do TTP, a disseminação da informação sobre a intransmissibilidade do HIV em casos de supressão viral pela TARV contribui de forma importante para as pessoas envolvidas em relações sorodiferentes, além de favorecer a transformação da percepção coletiva acerca do HIV, contribuindo para o enfrentamento do estigma. Até o momento, as iniciativas programáticas em nível nacional para divulgação da mensagem I=I têm sido tímidas, embora iniciativas locais importantes tenham sido lançadas, a exemplo do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (São Paulo, 2017) e de organizações da sociedade civil, como o Grupo de Incentivo à Vida (GIV) e a Rede Brasileira de Jovens Vivendo com HIV. Frente à existência de evidências consistentes sobre a intransmissibilidade do vírus quando a carga viral está suprimida, é importante que quaisquer resistências programáticas (tanto de órgãos gestores quanto dos serviços de saúde) em divulgar e debater essa informação sejam superadas por meio diálogo sobre as evidências disponíveis. Do ponto de vista do direito à prevenção, é imprescindível que se assegure o acesso a essas informações a todas as pessoas e, principalmente, às que vivem com HIV e suas parcerias.

No caso da PrEP, nossos dados indicam que a necessidade deste método não está restrita às trabalhadoras sexuais e as mulheres transexuais, para as quais ele hoje é recomendado. Se epidemias concentradas efetivamente demandam certa focalização da resposta, isso deve se traduzir em uma ação programática mais intensa para certos grupos, visando à correção das desigualdades que dificultam o acesso deles aos serviços e aos métodos preventivos, como observamos que têm ocorrido com as mulheres transexuais e adolescentes neste momento. A focalização não pode, porém, redundar na negligência da ação programática direcionada às mulheres em sua diversidade. O reconhecimento de que a disponibilidade de alternativas preventivas aumentaria as chances das mulheres se protegerem e a conseqüente reivindicação de métodos adequados às necessidades delas frente à aids estiveram na base dos primeiros enfrentamentos da feminização da epidemia, antecedendo largamente, portanto, a noção de prevenção combinada. Logo, não cabe em um cenário programático de disponibilidade de métodos variados e em um cenário epidemiológico de mais de treze mil casos novos de aids por ano entre mulheres, limitar o direito delas a apenas alguns

métodos; tampouco cabe limitar o acesso ao conjunto completo de métodos a grupos de mulheres tipificadas epidemiologicamente, sem a adequada análise de experiências singulares que fomentam a vulnerabilidade ao HIV.

Na ampliação da divulgação dos métodos preventivos baseados no uso de ARV, devem ser buscados canais de diálogo que permitam acessar os diferentes grupos de mulheres. A internet, com sua centralidade na vida contemporânea, tem um papel importante para o acesso às primeiras informações sobre PEP e sobre os locais onde ela está disponível, sendo, portanto, indispensável assegurar que essas informações estejam facilmente acessíveis na rede. Já os serviços de saúde de atenção primária e especializada, assim como as organizações comunitárias que atuam na luta contra a aids podem contribuir não apenas para a expansão como também para o adensamento do conhecimento das mulheres sobre a PEP sexual e outros métodos. Seria pertinente também que futuros estudos populacionais sobre conhecimento e uso de métodos preventivos, como as PCAP, incluíssem perguntas sobre a PEP sexual e outros métodos baseados no uso dos ARV, como o fazem em relação aos preservativos.

A ação dos serviços de saúde no processo de expansão dos métodos preventivos extrapola, evidentemente, a função de divulgação desses métodos. É no plano do Cuidado que as grandes linhas das diretrizes programáticas podem ser ajustadas pelo olhar 'mais fino', no sentido de enxergar a pessoa na sua integralidade e não apenas o grupo populacional que ela 'representa'. Assim, os serviços de saúde têm neste momento, como tiveram em toda resposta brasileira à epidemia de aids, papel fundamental no diálogo sobre a prevenção. A expertise construída pelos serviços ao longo de quatro décadas de epidemia se traduziu, nas experiências de nossas entrevistadas, em atendimentos de qualidade e na percepção de que são serviços preparados para lidar com temas da sexualidade. Há, assim, condições programáticas favoráveis para que o atendimento de pessoas que buscam PEP sexual seja aproveitado como uma janela de oportunidade para o diálogo sobre sexualidade e prevenção e para o fortalecimento delas como sujeitos sexuais e da sua saúde. Esses encontros podem colaborar para reestruturar as cenas sexuais de cada pessoa em diferentes cenários, apoiando-as no processo de criar cenas de mais cuidado e proteção.

A operacionalização de serviços orientados pela ideia de Prevenção Combinada deve, portanto, se beneficiar do referencial do Cuidado e, na articulação de diferentes

saberes, colaborar com as mulheres para aprimorar a combinação de autocuidados que elas já operam na sua vida cotidiana, considerando a inseparabilidade das demandas de contracepção e prevenção do HIV. A prevenção em cena, se por um lado reflete as desigualdades de poder existentes na sociedade que se atualizam na dinâmica intersubjetiva de cada cena sexual, por outro é também expressão da ação de pessoas que não deixam de ser cotidianamente sujeitos de suas práticas sexuais, ainda que por vezes isso não vá na direção do que se consideraria sucesso técnico. Assumir o sucesso prático, definido com cada mulher, como horizonte normativo dos encontros provocados pela busca da PEP parece ser o modo de cuidar mais promissor para a prevenção. Investir no diálogo permite compreender como os modos de se prevenir expressam projetos de felicidade das mulheres e se é necessário apoiá-las para perceberem-se como sujeitos de direito ao autocuidado e à prevenção e para acessarem informações e insumos eficazes.

Quando a prevenção é pensada como integrada na dinâmica intersubjetiva das cenas sexuais e presume que as mulheres são sujeitos de seus desejos e da prevenção atualizadas em cada cena, com mais ou menos autonomia, supera-se a ideia de que ela deva ser abordada apenas pela via da reprodução de normativas técnicas baseadas exclusivamente em critérios de eficácia de métodos. A prevenção atenta às dinâmicas intersubjetivas incorpora também as dimensões psicossociais da sexualidade e reconhece, por exemplo, que scripts de gênero funcionam como limitadores da demanda por testagem ou por resultados de testes de parceiros, entre outros elementos da dinâmica de cada cenário. Assim, se a testagem mútua é uma estratégia que merece ser discutida nos atendimentos de mulheres que buscam PEP porque pode contribuir para a prevenção nos cenários das relações estáveis, esta discussão deve passar pelos significados dessa estratégia preventiva na realidade singular de cada uma dessas mulheres. Da mesma forma, seria pertinente incorporar às abordagens preventivas a conversa sobre o uso do conhecimento sorológico em cenários de relações casuais e comerciais, especialmente onde há acesso aos novos métodos de testagem, e, notadamente, à autotestagem.

Não se pode perder de vista que a expansão de métodos preventivos baseados no uso dos ARV depende da ação de serviços que, não raramente, já estão sobrecarregados e que podem vir a ficar ainda mais, a persistirem as medidas de ajuste fiscal que limitam investimentos na saúde pública hoje no Brasil. A compreensão desta realidade não deve

servir como justificativa para frear o investimento na expansão dos métodos, mas sim para compreender que a ela devem estar associados investimentos que assegurem o financiamento adequado do Sistema Único de Saúde em seu conjunto. É da preservação e do fortalecimento do SUS que depende o potencial que terão essas tecnologias no controle da epidemia no país.

Isso nos remete ao segundo aspecto de nossa argumentação. Se ampliar o conhecimento sobre o conjunto de tecnologias preventivas existentes é uma ação imprescindível, respostas que estejam unicamente focadas em oferecer insumos preventivos são insuficientes. É necessário que a este movimento esteja associado o fortalecimento dos componentes das respostas programáticas voltados ao enfrentamento das condições que produzem e sustentam a discriminação das mulheres, valorizando o acúmulo teórico e prático que a resposta brasileira à aids produziu.

As mulheres ainda conformam um grupo cujos direitos, inclusive sexuais, são sistematicamente violados ou negligenciados no Brasil. O fenômeno de desqualificar as mulheres como sujeitos de direitos não foi mitigado e conforma um cenário hostil para o exercício da sexualidade livre e segura e para o estabelecimento de relações de gênero equitativas. A histórica hostilidade conservadora aos direitos humanos das mulheres se fortaleceu na última década e tem como nova bandeira a censura ao debate sobre gênero e sexualidade, que aumenta a vulnerabilidade programática e, por consequência, a vulnerabilidade social e de cada uma frente ao HIV. Nesta conjuntura, é imprescindível que as respostas programáticas à epidemia busquem articular os atores sociais de defesa dos direitos das mulheres, incluindo órgãos governamentais, movimentos sociais e a academia, a fim de enfrentar as resistências existentes e promover o debate público sobre as estruturas sociais que favorecem a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

A articulação com agendas programáticas para enfrentamento da violência de gênero, como formulada durante a vigência do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia, é primordial. Isso requer não apenas priorizar o acesso de mulheres vítimas de violência doméstica a insumos preventivos, como ocorre atualmente em relação ao preservativos femininos, mas também investir na desconstrução dos fundamentos da violência de gênero, ampliando o debate sobre questões centrais dos direitos humanos das mulheres, como a liberdade de escolha, o respeito à integridade

física, as condições para o consentimento nos diferentes cenários sexuais e o direito ao corpo e ao prazer.

Compreender como o estigma afeta as condições de exercício do trabalho sexual e como contribui para a criação de cenários sexuais de maior vulnerabilidade para as profissionais do sexo, favorecendo cenas de desrespeito e violência, remete à importância dos programas de prevenção do HIV debaterem e promoverem os direitos dessas mulheres enquanto trabalhadoras, apoiando sua mobilização social e suas reivindicações por regulamentação da profissão. Reduzir a discussão sobre trabalho sexual e HIV a ações de incentivo ao uso da camisinha, como quis fazer o Ministério da Saúde em 2013 ao modificar a mensagem da campanha que originalmente valorizava a satisfação e o orgulho das mulheres com sua profissão ('uso sempre camisinha' em lugar de 'sou feliz sendo prostituta'), é insuficiente como resposta à vulnerabilidade e viola o direito de pessoas reconhecerem o trabalho sexual como parte de seu projeto de felicidade (Seffner e Parker, 2016).

Especialmente, é preciso que sejam enfrentadas, com bases nas evidências científicas e nos direitos humanos, as distorções do conceito de equidade de gênero operadas por grupos conservadores, a fim de assegurar respostas mais eficazes e justas para epidemia entre as mulheres. A proteção dos direitos humanos das mulheres requer fomentar o debate, inclusive nas escolas e em outros espaços de socialização de jovens, sobre direito ao corpo e ao prazer para que se formem sujeitos conscientes das condições de consentimento nas cenas sexuais. Ainda que se possa alegar que a conjuntura brasileira de tensionamento para retração de direitos dificulta a consecução de tais debates, existem evidências de que a população brasileira é favorável à conversa sobre sexo, inclusive com jovens (Paiva et al, 2008). Ademais, como visto, há uma proliferação de movimentos pelos direitos das mulheres, que vêm somar forças com movimentos já históricos, e que precisam ser reconhecidos como importantes aliados dos programas de enfrentamento da aids. Destaca-se neste aspecto o movimento de prostitutas que, além de ter contribuído para o enfrentamento da aids no Brasil desde o início da epidemia, se expandiu nos últimos anos, notabilizando-se por sustentar, mesmo em conjunturas críticas, abordagens ousadas para promoção dos direitos dessas mulheres (Murray et al, 2018).

Em que pesem todos os investimentos feitos no enfrentamento do estigma da aids na resposta brasileira à epidemia, assim como os resultados positivos obtidos com a disponibilização do tratamento para a infecção há mais de vinte anos no Brasil, a associação da aids ao isolamento, à culpabilização, à imoralidade e à morte persiste como referências simbólicas que interferem na dinâmica da epidemia. Entre as entrevistadas, o estigma sustentou interpretações da aids como uma doença tão distante que se torna um choque quando é descoberta 'dentro de casa'. Especificamente na experiência de métodos preventivos baseados nos ARV, o estigma se atualizou no temor de se tornar, ou de simplesmente ser vista como, 'uma delas' - uma pessoa vivendo com HIV, uma prostituta, uma promíscua -, o que, como vimos, pode efetivamente resultar em situações de discriminação. Assim, o que o estigma cria é um ciclo vicioso de limitação do conhecimento, do acesso e do uso dos métodos de prevenção baseados no uso dos ARV.

Enfrentar o estigma permanece, portanto, como uma intervenção psicossocial e estrutural central nos programas de prevenção. Ampliar o diálogo sobre a aids com o conjunto da sociedade, insistindo em mantê-la em pauta e persistindo no enfrentamento do estigma que ainda silencia a vivência da soropositividade, ajudará não apenas a promover os direitos das PVHA, mas também a aumentar o acesso e o uso de métodos preventivos baseados nos ARV, como a PEP e, potencialmente, a PrEP. Além disso, ações que promovam os direitos das PVHA contribuem para a promoção da solidariedade e para que as PVHA permaneçam compartilhando seus conhecimentos com as pessoas soronegativas. Cria-se, assim, um círculo virtuoso entre elementos que fortalecem a proteção individual e coletiva contra o HIV.

Nas primeiras décadas da aids, compreender e responder à epidemia entre as mulheres demandou colocar em diálogo as perspectivas feministas da saúde das mulheres e as abordagens baseadas nos direitos humanos que analisaram as formas como a vulnerabilidade ao HIV é condicionada pelas estruturas de poder que organizam as sociedades e, simultaneamente, pelas respostas programáticas à epidemia. Esta articulação permitiu compreender a centralidade do gênero na produção dos significados atribuídos ao sexo e à prevenção nas relações entre mulheres e homens e orientou a proposição de estratégias preventivas específicas para as mulheres.

Frente à evolução dos métodos preventivos e, em particular, à expansão daqueles baseados no uso dos antirretrovirais esses referenciais permanecem como guias analíticos da epidemia feminina muito produtivos e podem ainda contribuir para produzir respostas que assegurem que este grupo também se beneficie dos avanços científicos que se acumulam no campo. Especialmente em um momento em que as respostas programáticas caminham para a intensificação da focalização das ações e o otimismo das tecnologias medicamentosas contribui para processos de negação da complexidade da prevenção, o referencial dos direitos humanos e da vulnerabilidade se mostra indispensável para produzir interpretações mais sofisticadas dos cenários que perpetuam a epidemia e nos provocar ao compromisso ético de assegurar a universalidade com equidade.

7. Anexos

Anexo 1**Roteiro de observação dos serviços que ofertam PEP sexual**

1. Identificação geral do serviço:
 - a. Local
 - b. Endereço, telefone
 - c. Coordenador e contato da pesquisa
 - d. Área física
 - e. Padrão de funcionamento (horários de funcionamento do serviço e do atendimento de PEP)
 - f. Volume do atendimento de PEP no conjunto dos atendimentos do serviço
 - g. Caracterizar as ações de prevenção oferecidas pelo serviço

2. Explorar as áreas do serviço que participam, de alguma maneira, do atendimento aos usuários que buscam PEP:
 - a. Ambiente físico
 - b. Número e tipo de profissionais
 - c. Composição da equipe
 - d. Caracterizar articulações internas ao serviço em termos de triagem e encaminhamento dos usuários de PEP
 - e. Explorar como cada área faz a abordagem e os encaminhamentos do usuário e como cada área opera em equipe nessa abordagem e encaminhamento (descrever o modo de operar das equipes nas atividades que envolvem PEP)
 - f. Explorar a "prioridade" que a PEP tem na rotina do atendimento (recepção, aconselhamento) em comparação aos demais pacientes (DST e testagem)

3. Abordagem ao paciente
 - a. Perfil de quem busca PEP (sexo, orientação sexual, idade, identidade de gênero, raça/cor, tipo de exposição)
 - b. Descrever como eles lidam com a dinâmica de funcionamento do serviço

- c. Explorar como outras estratégias de prevenção e cuidado são acionadas a partir da procura pela PEP
- d. Identificar como o paciente expressa a necessidade de PEP e as reações às abordagens dos diversos profissionais
- e. identificar e caracterizar o "momento" em que o paciente toma a primeira dose da medicação.

4. Caracterização dos profissionais

- a. Perfil de quem atende PEP
- b. Formação
- c. Tempo de atuação no serviço
- d. Tempo de atuação com PEP
- e. Explorar as concepções sobre PEP
- f. Explorar as concepções sobre os usuários de PEP (dimensão moral ou valoriativa para os diferentes tipos de usuários)
- g. Interação em equipe entre os profissionais – internamente a cada equipe e entre equipes
- h. Identificar nas reações dos profissionais as características do paciente que dificultam ou facilitam a abordagem da PEP

5. Explorando as tomadas de decisão dos profissionais e dos usuários (considerar aspectos técnicos e morais; usuários de primeira vez ou de repetição)

- a. No momento da recepção/triagem
- b. No momento do aconselhamento
- c. No momento do atendimento médico
- d. Na dispensação do medicamento (1ª dose e dose para os 28 dias)
- e. Na consulta de retorno

6. Descrever como os usuários se relacionam no serviço com profissionais e com outros usuários

Anexo 2**Roteiro de entrevista com usuárias de PEP sexual****Iniciais do nome:** _____**Data da entrevista:** _____

Vamos começar conversando um pouco sobre você:

Qual a sua idade?

Você tem algum trabalho remunerado ou trabalha de outras maneiras? Conte-me um pouco mais sobre seu trabalho.

No momento, você tem algum relacionamento amoroso?

Você tem filho(s)? São da sua relação atual? Moram com você?

Você tem alguma religião? Qual? _____

É praticante? _____

Como você se define em relação à sua raça/cor?

 Branca Preta Parda Amarela Indígena

Como você se define em relação a sua orientação sexual?

Explorando o conhecimento e o uso da PEP

Como você ficou sabendo da existência da PEP? E que informações que você tinha sobre a PEP?

(Explorar: Se foi informação por algum amigo/conhecido, internet, folheto/cartaz, se sabe como ela funciona, em que situações é indicada, se conhece alguém que já usou, se a própria entrevistada já usou antes)

Como você imaginava que seria a PEP, como seria usar a PEP?

Como foi chegar até o serviço? Você já tinha vindo aqui alguma vez?

(Explorar a situação atual em termos da dificuldade de acesso, do receio quanto ao atendimento e à demanda por PEP; caso o usuário tivesse vindo ao serviço antes, investigar quais os motivos, a demanda que o trouxe, se conseguiu resolvê-la)

Variação do roteiro para usuárias que não utilizaram a PEP sexual

Você poderia me contar como foi seu processo de chegada até o serviço e, na sua visão, as razões que contribuíram para que você não conseguisse chegar a tempo de fazer uso da PEP?

Me conte como foi a cena do seu primeiro atendimento de busca de PEP aqui

(Explorar todas as possibilidades: quem atendeu, o tempo que levou como sentiu a reação dos diversos profissionais, como reagiu, Como manejou a narrativa sobre a cena que levou a buscar PEP frente aos diferentes profissionais, etc.)

E como foram os outros atendimentos, nas vezes que você voltou ao serviço?

(Explorar as nuances entre a narrativa e a relação que ele estabeleceu no atendimento inicial e nos atendimentos posteriores com o serviço e seus profissionais)

O que você mudaria no atendimento que você recebeu?

No uso subsequente que você fez/faz do serviço após a busca por PEP, você utilizou ou frequentou outras atividades assistenciais? Como você avalia estes atendimentos? *(Explorar: de prevenção, de PEP, testagem, preservativo/gel, tratar DSTs, etc)*

Você poderia me contar sobre sua experiência com a medicação da PEP?

(Pedir que relate sobre a primeira semana de medicação e como se sentiu. Depois explorar até onde ela seguiu com a medicação. Considerar os efeitos colaterais, a situação social de uso do medicamento, se relatou tais mudanças ou efeitos ao serviço ou a terceiros e como foi acolhido, se no contexto do uso da medicação chegou a reavaliar a experiência de exposição ao risco, etc)

Variação do roteiro para usuárias não aderentes

Você não retornou a um atendimento agendado no protocolo de PEP

(Identificar se a entrevistada não aderiu à PEP ou se ela apenas não fez o seguimento. Explorar como isso aconteceu: se foi para outro serviço, se reavaliou risco, se foi por conta de efeitos colaterais ou outras situações sociais do uso da medicação, se foi por motivo de mau atendimento do serviço ou por algum outro problema com profissional da assistência, mudanças na rotina de vida ou trabalho)

Prevenção e as (possíveis) mudanças com a PEP

Agora nós vamos conversar um pouco sobre prevenção. No último ano, de que maneiras você procurou se prevenir da infecção pelo HIV?

(Explorar: camisinha, teste, serosorting, escolha de posição, uso de gel, abstinência, práticas não insertivas, escolha de parceiros, variação de métodos de acordo com a parceria e com as práticas sexuais)

Você acha que essas maneiras de se prevenir foram diferentes a depender do parceiro com quem você estava se relacionando?

(Explorar: parceiro fixo e parceiros eventuais; parceiros conhecidos ou desconhecidos; parcerias do mesmo sexo ou de sexo oposto; situações em que é mais difícil negociar o uso do preservativo; parceiros afetivos ou clientes; troca de sexo por favores ou bens)

(Heterossexuais) Você usa algum método pra evitar gravidez? Qual? Você acha que ele interfere no modo como você lida com a prevenção do HIV?

(Explorar: razões para escolha do método contraceptivo; percepção sobre interferência desta escolha no uso do preservativo; intenções reprodutivas da mulher e do/s parceiro/s)

(Para Profissionais do sexo, explorar ainda: se a exposição ao risco está ligada ou não ao pagamento do programa, às práticas sexuais envolvidas, a ser cliente conhecido e/ou fixo ou não, às experiências com parceiros afetivo/amorosos, à prática de sexo em grupo).

E você acha que essas maneiras de se prevenir mudaram depois que você usou PEP?

(Explorar: parceiro fixo e parceiros eventuais; parceiros conhecidos ou desconhecidos; parcerias do mesmo sexo ou de sexo oposto; situações em que é mais difícil negociar o uso do preservativo; parceiros afetivos ou clientes; troca de sexo por favores ou bens)

Explorando a busca e o uso da PEP

Agora vou te pedir pra lembrar o que aconteceu na relação sexual que fez você vir em busca da PEP. Tente recordar onde você estava, que lugar era, como era esse lugar, quem estava com você, tente voltar praquele lugar e lembrar o que você sentiu naquela ocasião. Se você preferir, pode fechar os olhos. Agora eu gostaria que você me contasse o que aconteceu, como se fosse uma cena de novela ou de um filme.

[Explorar: Onde você estava? Como era esse lugar (claro/escuro, ermo/movimentado, público/privado etc)? É um lugar que você costuma frequentar? E quem mais estava lá? Quem era o seu parceiro sexual? Como foi a relação sexual de vocês? Teve penetração? Vaginal, anal? Teve camisinha? Como você se sentiu? Você pensou em prevenção na hora?]

(Em caso de relações heterossexuais, explorar se fizeram alguma coisa para evitar gravidez; para os demais, explorar se fizeram algo para evitar DST nessa relação)

O que desta cena fez com que você avaliasse que necessitava de PEP?

(Explorar: esta cena é comum ou episódica, a parceria é conhecida ou não, se as práticas sexuais da cena são usuais ou não, se uso droga/alcóol e se isso

interferiu no uso do preservativo, se faz parte de algum contexto de mudança em sua vida afetiva/sexual)

Você poderia me narrar, também como se fosse uma cena de um filme, em que momento você pensou ou sentiu que precisava buscar a PEP?

(Explorar: Onde você estava? Quanto tempo depois da relação sexual isso aconteceu? Você conversou com alguém? Conversou com o parceiro?)

(Para profissionais do sexo, explorar ainda: se a exposição ao risco está ligada ou não ao pagamento do programa, às práticas sexuais envolvidas, a ser cliente conhecido e/ou fixo ou não, às experiências com parceiros afetivo/amorosos, à prática de sexo em grupo)

Você gostaria de fazer algum comentário adicional? O que achou da entrevista?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3

Parecer de Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CAPPesq



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 22/04/2015, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **099/15** intitulado: **“BUSCA DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV E EFEITOS DO USO COMBINADO DE MÉTODOS DE PREVENÇÃO NAS PRÁTICAS SEXUAIS DE MULHERES”** apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEPFMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").
Pesquisador (a) Responsável: Vera Silvia Facchiolla Paiva Pesquisador
(a) Executante: Dulce Aurélia de Souza Ferraz

CEP-FMUSP, 22 de Abril de 2015



Prof.Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 4

Parecer de Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo– CAPPesq para o Estudo *Combina!*



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 06/08/2014, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **251/14** intitulado: **“A EFETIVIDADE DA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO DO HIV PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL CONSENSUAL, DO USO COMBINADO DOS MÉTODOS PREVENTIVOS CONTRA A INFECÇÃO PELO HIV E DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO SEXUAL, EM SERVIÇOS PÚBLICOS BRASILEIROS”** apresentado pelo **Departamento de MEDICINA PREVENTIVA**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Alexandre Grangeiro
Pesquisador (a) Executante: Alexandre Grangeiro

O pesquisador deverá aguardar a aprovação da CONEP para iniciar a pesquisa.

CEP-FMUSP, 06 de Agosto de 2014



Prof.Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 5

Parecer de Aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP para o Estudo *Combina!*

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

Pesquisador: Alexandre Domingues Grangeiro

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 2

CAAE: 34145314.5.1001.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 929.939

Data da Relatoria: 27/01/2015

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à(s) seguinte(s) Área(s) Temática(s) Especial(is) "Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País".

No documento intitulado "PB_RELATORIO_PESQUISA_PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_3_19501.pdf", item introdução, lê-se: "O surgimento de novos métodos preventivos têm aumentado o otimismo acerca de um controle mais efetivo da epidemia de aids em todo o mundo, na medida em que eles têm mostrado um alto potencial para promover reduções significativas no número de novas infecções em países e grupos sociais mais afetados pela doença. Parte importante desse otimismo está relacionada ao desenvolvimento dos métodos baseados no uso dos antirretrovirais (métodos biomédicos) que podem evitar a aquisição da infecção, quando utilizados antes ou após uma exposição ao HIV; e a transmissão do vírus por uma pessoa HIV+ (tratamento como prevenção), caso haja a supressão da replicação viral após o início do tratamento da infecção. Com isso, o atual conjunto dos métodos preventivos, que engloba aqueles conhecidos desde o início da epidemia (métodos tradicionais) -como os preservativos masculino e feminino, a adoção de práticas sexuais mais seguras e o uso de testes anti-HIV para acordos sexuais – permite que medidas preventivas sejam adotadas em diversos momentos da cadeia de transmissão do HIV, gerando um ciclo virtuoso, no

qual as pessoas podem não entrar em contato com o vírus durante uma relação sexual (i.e. uso do preservativo); ou, quando entrarem, podem evitar a ocorrência da infecção (i.e. profilaxias pré- ou pós-exposição); e, se infectados, podem não transmitir o vírus involuntariamente (tratamento para prevenção). Essa nova realidade tem incentivado recomendações para que os métodos preventivos sejam disponibilizados conjuntamente e associados a intervenções comportamentais e estruturais. Isso permitiria a abordagem de aspectos-chaves para reduzir vulnerabilidades e ampliar o número de pessoas incluídas em programas de prevenção, que passariam a ter acesso e a escolher o método mais adequado às suas necessidades ou, mesmo, a combinar diferentes métodos em situações específicas, aumentando o seu grau de proteção. Essa diversificação no número de métodos utilizados já tem sido notada em segmentos sociais mais expostos ao HIV, que mudaram o comportamento sexual e preventivo nos últimos anos, em parte, devido também à saturação dos métodos mais tradicionais. Cabe ressaltar, entretanto, que os mecanismos de escolhas dos métodos preventivos se baseiam em uma variada gama de fatores objetivos e subjetivos, que influenciam diretamente em que método, que situação e como ele será, ou não será utilizado. Entre esses fatores estão o conhecimento das formas de uso e dos benefícios e riscos de cada método, o julgamento dos riscos envolvidos nas relações sexuais e o contexto em que elas ocorrem. Com isso, as escolhas, por vezes, podem significar a adoção de métodos menos efetivos para uma situação específica ou, ainda, o abandono/troca de métodos de elevada efetividade, como tem sido o caso do preservativo, que oferece um grau de proteção de até 80%. Além disso, apesar de estudos de eficácia terem mostrado significativo grau de proteção quando utilizados adequadamente, muitos dos métodos preventivos, especialmente os de caráter biomédicos, ainda não foram amplamente analisados no contexto dos serviços de saúde e no cotidiano dos grupos sociais mais expostos ao risco de infecção. Os programas de profilaxia pós-exposição sexual consentida (PEP sexual), por exemplo, adotados em diversos países, desde o final da

década de 1990, foram analisados em um único estudo de eficácia, que apresentou limitações para prover evidências mais robustas sobre o grau de proteção oferecido, devido, especialmente, ao reduzido tamanho da amostra de homens que fazem sexo com homens (HSH) participante do estudo. De tal forma que as principais evidências a sustentar a implementação desses programas foram produzidas em estudos conduzidos com modelos animais e em situações análogas à da profilaxia pós-exposição sexual consentida. Entre os quais estão os estudos que mostraram a redução do risco de infecção pelo HIV em: recém-nascidos que iniciaram o uso de antirretrovirais nas primeiras 72 horas de vida; profissionais de saúde que sofreram algum acidente ocupacional; e vítimas de violência sexual. Desse modo, apesar do uso, permanece controverso o impacto positivo dos programas de PEP sexual na saúde pública. Análise realizada no leste da Austrália relatou um pequeno número de casos (1-9 casos) evitados de infecção pelo HIV em decorrência de seis anos dos programas de PEP, devido, em parte, a uma alta proporção de uso da profilaxia em situações em que as relações não ocorreram, provavelmente, com uma parceria HIV+. Outros estudos mostraram que apesar do aumento do número de usuários, o conhecimento e a busca pelo método permaneceram reduzidos e restritos a grupos específicos. Mesmo indivíduos que poderiam se beneficiar com o uso do método tenderam a não utilizá-lo incluindo situações que possuíam informações e medicamentos para o início da profilaxia. Os principais motivos foram a não identificação do risco de infecção, a ocorrência de exposição com uma parceria estável e o receio dos eventos adversos associados aos medicamentos. Os profissionais de saúde também tenderam a minimizar o risco de infecção nas relações sexuais ao avaliar o relato daqueles que procuram a profilaxia.

Ressalta-se, como contraponto, que o aumento do conhecimento da PEP sexual levou a um maior uso da profilaxia, assim como estratégias de comunicação apresentaram resultados positivos para aumentar a procura e a melhor utilização dos programas. As taxas de adesão ao uso dos medicamentos e ao seguimento clínico apresentaram uma ampla variação nos estudos realizados, representando índices de cerca de 30% a mais de 80%. Os fatores que contribuíram para essa variação estiveram associados ao tipo de exposição e às características individuais e do tratamento. Taxas menores de adesão tenderam a ser observadas em vítimas de violência sexual e devido à ocorrência de efeitos adversos ou o uso de esquemas triplos. Enquanto que aqueles mais identificados com o risco de infecção e os que participaram de programas com sessões de aconselhamento apresentaram chances maior de adesão aos programas. Um dos principais receios com os programas de PEP sexual refere-se à desinibição do comportamento sexual, com o conseqüente aumento das práticas de maior risco para a

infecção pelo HIV e a busca repetida da profilaxia. Esse aspecto representa uma relativa controvérsia. Um estudo de 2004, em São Francisco (EUA), mostrou que a participação em programas de PEP sexual, com sessões de aconselhamento, promoveu uma redução de 73% nas práticas sexuais de maior risco. Na Austrália, a análise de uma coorte de HSH acompanhada entre 2001 e 2007 observou que a taxa de incidência do HIV três vezes maior em usuário de PEP sexual não estava relacionada a mudanças de comportamento, mas, sim à persistência de práticas sexuais com maior risco de infecção. Isso evidenciou que o uso de PEP sexual constitui-se um preditor da ocorrência de infecção pelo HIV. Nesse mesmo sentido, um estudo qualitativo, de métodos preventivos. O que é corroborado pelo fato de que a busca repetida de PEP sexual não superou taxas de 20% em diversos estudos realizados. Contraditório com esses resultados foi um estudo realizado em Amsterdam, entre 2000 e 2009, que, além de identificar uma incidência do HIV quatro vezes maior em HSH usuários de PEP sexual, observou que essa taxa cresceu de forma mais acentuada em usuários de PEP sexual, do que na comunidade de HSH. Uma possível explicação para isso seria o fato de que, esse aumento, estaria relacionado a um crescimento generalizado das práticas de maior risco na população estudada e mais acentuada em usuários de PEP sexual, devido à sua características de engajamento em práticas de maior risco de infecção. Esses aspectos reforçam a percepção de que parte dos usuários de PEP sexual possuem um perfil apropriado para o uso de outros métodos preventivos, com a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP), ou para o uso combinado de diferentes métodos preventivos. A segurança e a eficácia da PrEP foram analisadas em ensaios clínicos controlados envolvendo casais heterossexuais sorodiferentes, jovens heterossexuais e HSH, provenientes de diferentes países, incluindo o Brasil. Nesses estudos, a redução do risco de infecção variou entre 40% e 75%, de acordo com o grau de adesão ao uso dos medicamentos. Isso fez com que a agência reguladora norte-americana aprovasse em 2012 o registro da combinação dos medicamentos tenofovir e emtricitabina para uso profilático, assim como levou a diversas recomendações para o desenvolvimento de estudos de implementação. A finalidade é ampliar o conhecimento acerca das formas de oferta do método em programas rotineiros de prevenção e de seus efeitos no controle da epidemia. Cabe ressaltar que, resultados discrepantes sobre a PrEP foram observados em dois estudos realizados com mulheres africanas. Neles, não foram observadas diferenças no grau de proteção para os grupos que usaram e não usaram a profilaxia pré-exposição, relacionado, possivelmente, a questões relacionadas à adesão aos medicamentos. Assim, em síntese, se, por um lado, os novos conhecimentos produzidos no campo da prevenção da infecção pelo HIV permitem visualizar um controle mais efetivo da epidemia, eles provocam, por outro lado, um conjunto de interrogações, no

âmbito coletivo e individual, sobre os riscos e benefícios dos novos métodos, de como serão ofertados nos serviços de saúde e apropriados pela população, e quais serão seus reais efeitos na epidemia também realizado na Austrália, indicou que a PEP sexual foi percebida mais como um complemento das estratégias de prevenção, para corrigir falhas nas práticas do sexo seguro, do que como substituição.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo foi desenhado para analisar três questões centrais: a primeira trata-se da efetividade da profilaxia pós-exposição sexual oferecida em serviços públicos de saúde do Brasil; a segunda refere-se às mudanças de práticas sexuais e preventivas decorrentes da oferta da PEP sexual e; a terceira, os efeitos de proteção obtidos pelo uso combinado de métodos preventivos e/ou da profilaxia pré-exposição sexual oferecidos na rotina de serviços de saúde do Brasil.

Objetivo Secundário:

1. Conhecer as motivações e as características demográficas, práticas sexuais e de uso de drogas dos indivíduos expostos ao HIV por relações sexuais consensuais que procuraram o atendimento nos programas de PEP sexual, de cinco serviços públicos de saúde do Brasil;

2. Analisar o acesso à profilaxia pós-exposição sexual, considerando aspectos relacionados à organização dos serviços, à percepção dos profissionais de saúde acerca da própria profilaxia e da clientela que busca o serviço e a motivação dos usuários para a procura da profilaxia;

3. Estudar a proteção contra a infecção pelo HIV obtida pelo uso da profilaxia pós-exposição sexual em serviços públicos de saúde brasileiros, comparando, para tanto, usuários expostos em relações sexuais consensuais que utilizaram e não utilizaram a profilaxia, assim como estimar o número de infecções potencialmente evitadas com o uso da PEP sexual e o número de tratamentos profiláticos necessários para evitar um caso de infecção;

4. Conhecer a frequência de cumprimento do uso dos medicamentos antirretrovirais prescritos para a profilaxia pós-exposição sexual consensual e do seguimento clínico e sorológico nos períodos de 28 dias e de seis meses, assim como da frequência de ocorrência de eventos adversos associados aos antirretrovirais e os motivos individuais relacionados à perda de seguimento clínico e o não cumprimento do tratamento;

5. Conhecer, para um período de até 18 meses após a procura inicial do serviço, a frequência de buscarepetida da PEP sexual e a ocorrência de práticas sexuais compensatórias do risco de infecção devido à participação nos programas de PEP sexual;

6. Analisar as motivações e as percepções dos indivíduos acerca da escolha dos métodos preventivos e a gestão do risco de infecção pelo HIV, destacando a análise dos motivos de escolha e uso dos diferentes métodos tradicionais e biomédicos;

7. Estudar a proteção oferecida contra a infecção pelo HIV devido ao uso combinado de métodos preventivos, em comparação ao uso exclusivo de métodos tradicionais, em um período de observação de até 18 meses;

8. Estudar a proteção obtida pelo uso da profilaxia pré-exposição sexual oferecida em serviços de saúde brasileiros, o grau de cumprimento da prescrição médica e a frequência de eventos adversos associados aos antirretrovirais; e 9. Analisar as taxas

de incidência da sífilis e hepatites B e C devido a mudanças de práticas sexuais e preventivas decorrentes do uso combinado de métodos tradicionais ou dos métodos biomédicos, em um período de até 18 meses de observação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo estruturado em três componentes.

No primeiro, será realizado um estudo clínico pragmático, para avaliar o efeito protetor da profilaxia pós exposição sexual consensual oferecida em serviços de saúde. O segundo componente, que consiste em um estudo de coorte prospectivo para conhecer o efeito do programa de PEP na prática sexual e no uso repetido dessa profilaxia. O terceiro componente do projeto compreende a abordagem qualitativa, que visa compreender a forma como ocorre o acesso e o uso da PEP sexual e a adoção de outros métodos preventivos, a partir de três aspectos: organização dos serviços; percepção e prática dos profissionais de saúde ante os métodos preventivos não tradicionais e a população que procura o atendimento nos serviços; e os mecanismos de escolha e busca pela PEP sexual e outros métodos preventivos. O Ministério da Saúde já oferece esses programas de pré e pós exposição ao HIV, portanto, de acordo com a Resolução CNS466/2012, o protocolo em tela não se encaixa na área temática referida, não cabendo apreciação da CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a CONEP entende que o protocolo de pesquisa em tela não se enquadra na Área Temática Especial “Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País”(considerando as informações do item IX.4 da Resolução CNS nº 466/2012), não cabendo a sua análise ética à CONEP, mas somente ao CEP.

Situação do Parecer:

Devolvido

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP - delibera pela devolução do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, por não se enquadrar em nenhuma das áreas temáticas descritas no item IX.4 da Resolução CNS nº 466 de 2012.

BRASILIA, 08 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

Anexo 6**Declaração de participação na pesquisa (gerente do serviço de saúde)**

O estudo "*A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.*" Será desenvolvido com o meu consentimento no serviço....., tendo como investigador responsável nesse serviço, CPF.....

Durante a vigência do estudo será garantido o apoio institucional necessário ao desenvolvimento do mesmo, incluindo os aspectos físicos e materiais, conforme previsto no projeto original, que li e estou de acordo na sua íntegra. Será permitido, ainda, o acesso integral aos registros clínicos dos pacientes incluídos no estudo, desde que o mesmo também seja consentido pelo paciente.

O estudo será desenvolvido conforme as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e os pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa responsável pelo acompanhamento do estudo.

Desta forma, fico obrigado (a) a assegurar a confidencialidade e a privacidade dos dados e/ou das informações coletadas no processo de pesquisa, tanto no que diz respeito às entrevistas e depoimentos dos sujeitos envolvidos, aos registros das observações etnográficas realizadas no serviço, às gravações de consultas e às entrevistas com profissionais de saúde.

Data e Local: _____, _____ de _____ de 2014

Nome e função

Assinatura

Anexo 7**Autorização para observação do serviço de PEP**

Autorizo a observação da sala de espera e dos procedimentos de atendimento por parte da equipe de pesquisa responsável pela investigação que, dentre seus objetivos, visa:

- Conhecer a organização do atendimento de PEP no âmbito dos serviços e apreender a percepção e a prática de profissionais de saúde frente à PEP e aos indivíduos expostos que procuraram o serviço para uso da profilaxia;
- Compreender as motivações de indivíduos na busca por PEP, explorando o conhecimento sobre a profilaxia, o contexto de busca por PEP, a percepção e o gerenciamento de risco de infecção pelo HIV e a relação estabelecida com o serviço de saúde e com o uso da PEP

(Local), ____ de _____ de ____

Assinatura do Responsável pela Direção da Unidade de Saúde

Anexo 8**Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para entrevistas****Título da Pesquisa: Busca da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV e efeitos do uso de métodos combinados de prevenção nas práticas sexuais de mulheres heterossexuais**

Solicito a sua autorização para realizar uma entrevista gravada a ser utilizada em uma pesquisa que procura compreender o processo de busca de mulheres heterossexuais por serviços que ofertam profilaxia pós-exposição para o HIV (PEP sexual) e o uso de métodos combinados de prevenção.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa. Você pode, inclusive, ouvir a gravação da entrevista e solicitar que seja retirada parte ou a totalidade do conteúdo.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em sigilo e as informações que você fornecer não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Esta pesquisa não implicará em nenhum dano a sua saúde. Porém, caso durante ou após a entrevista, você sentir alguma necessidade de atendimento você poderá solicitar encaminhamento a alguma área do serviço no qual você está sendo atendida ou a algum serviço de referência em sua região de residência.

Você também poderá, a qualquer momento, entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa no âmbito desse serviço (responsável- nome/email/telefone/endereço/horario), bem como com o pesquisador responsável pelo estudo (Alexandre Grangeiro/ ale.grangeiro@gmail.com/982300600 e Márcia Couto/marthe@usp.br/30618692/Av. Dr. Arnaldo, 455, salas 2172 e 2177/9h00 as 17h00) e o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina (Av. Dr. Arnaldo, 251, 21º andar, sala 36/ (11)3893-4401 ou (11) 3893-4407/ cep.fmusp@hcnnet.usp.br).

Sua participação voluntária beneficiará a produção científica na área e o desenvolvimento de políticas de enfrentamento da epidemia do HIV/Aids no Brasil.

Se tiver alguma dúvida sobre sua participação nessa pesquisa ou sobre as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você poderá, a qualquer momento, entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo e o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todos eles estão identificados com endereço, telefone e e-mail no final desse documento.

Eu _____
 __, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li (ou leram para mim) e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo/a pesquisador/a.

	_____, ____/____/____
(assinatura)	(local e data)

Pesquisador Principal:

Nome: Alexandre Grangeiro.

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av Dr. Arnaldo, 455. 2º andar, sala 2172.

São Paulo, Brasil

01246-903

Telefone: 11.3061.7076; e-mail: ale.grangeiro@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição do Pesquisador Principal: Comitê da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Endereço:

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 251, 21º andar, sala 36, São Paulo, São Paulo, 01246-000, Telefone: (11)3893-4401 ou (11) 3893-4407; e-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

8. Referências

Bibliográficas

Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansoor LE, et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*. 2010;329(5996):1168–1174.

Abrahams N, Jewkes R. Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: a South African qualitative study. *Cult Health Sex*. 2010;12(5):471–84.

Arilha, M. Políticas públicas de saúde, mulheres e DST/AIDS: reajustando o olhar. Coleção ABIA, n4, Rio de Janeiro: ABIA; 2002.

Armishaw J, Hoy JF, Watson KM, Wright EJ, Price BG, Pierce AB. Non-occupational post-exposure prophylaxis in Victoria, Australia: responding to high rates of representation and low rates of follow-up. *International Journal of STD & AIDS*. 2011;22:714–718.

Arnold T, Brinkley-Rubinstein L, Chan PA, Perez-Brumer A, Bologna ES, Beauchamps L, et al. Social, structural, behavioral and clinical factors influencing retention in pre-exposure prophylaxis (PrEP) care in Mississippi. *PLoS One* 2017;12:e0172354

Ayres JRCM, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. IN: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012. 71-94.

Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012a. 71-94.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2007; vol.17; n.1: 43-62.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2004;8(14): 73-92.

Baeten J, Palanee-Phillips T, Mgodhi N, Mayo A, Nel A5, Rosenberg Z, et al. High uptake and reduced HIV-1 incidence in an open-label trial of the dapivirine ring. IN: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2018; Boston, 2018; Abstract Number: 143LB.

Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med*. Aug. 2012;v.2: 367-399.

Barbosa RHS. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K, Costa SH (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 281-296.

Barbosa RM. Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. IN: *Sexo e Vida - panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp; 2003. 339-389.

Barbosa RM, Kalckmann S, Berquó E, Stein Z. Notes on the female condom: experiences in Brazil. *International Journal of STD & AIDS*. 2007; 18(4): 261 - 266.

Barbosa RM, Koyama MAH, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):21-33

Barbosa RM, Pinho AA, Cabral CS. Gênero, reprodução e infecção pelo HIV: resultados do estudo Genih. *Textos NEPO 78*. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”/Unicamp; 2016.

Barbosa RM, Villela W, Uziel AP. Entre a vontade e a necessidade: negociação sexual em tempos de aids. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 1995;5;n1.

Bastos FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório de Pesquisa apresentado ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

Beloqui J, Terto Jr V. A prevenção à AIDS no governo Dilma e a censura dos vídeos da campanha do Carnaval de 2012. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/media/artigoveriano.pdf>. Acesso em 14 de julho de 2018.

Berquó E, Barbosa RM. Introdução. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42(1):7-11.

Berquó E, Barbosa RM, Lima LP. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42(1):34-44.

Bertoni N, Bastos FI, Mello MB, Makuch MY, Sousa MH, Osis MJ, et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009; 25(6): 1350-1360.

Billand J, Paiva VSF. Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(9): 2979-2988.

Blanchette TG, Silva AP. Amor um real por minuto: a prostituição como atividade econômica no Brasil urbano. In: Parker R, Correa S (orgs.). *Sexualidade e política na América Latina: histórias, intersecções e paradoxos*. Rio de Janeiro: SPW; 2009. 192-233.

Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(2):499-507.

Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(3):575-586.

Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Ministério da Saúde: Brasília; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco pelo HIV*. Ministério da Saúde: Brasília; 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Aids e IST. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016. Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017*. Ministério da Saúde: Brasília; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. *Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais*. Brasília; 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório Clínico de Monitoramento do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV*. Brasília; 2015.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008. Suplemento III: tratamento e prevenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST. Versão Revisada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Fecundidade cai e acesso a serviços de saúde de mães e filhos cresce no Brasil. Ministério da Saúde; Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto Nascer*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Ministério da Saude: Brasília, 1984.

Brito AM, Castilho EA, Landmann, CS. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2000; 34(2): 207-217.

Brito I, Pascom ARP, Ferraz DAS, Arruda MR. Práticas sexuais relacionadas à transmissão do HIV. IN: Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brito PCS. Primavera feminista: a internet e as manifestações de mulheres em 2015 no Rio de Janeiro. IN: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos); Florianópolis, 2017.

Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. IN: Louro, GL (org). *O Corpo Educado: Pedagogias Da Sexualidade*. Autêntica: Belo Horizonte; 2000. 151-166.

Calazans GJ. Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens [Tese de Doutorado]; São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo, TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2008;35(1):70-75.

Carneiro MBG, Elias DBD. Análise da profilaxia pós-exposição ao HIV em um hospital de doenças infecciosas em Fortaleza, CE. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. 2018;50(1):65-70

Carrara S. A antropologia e o processo de cidadanização da homossexualidade no Brasil. *Cad. Pagu*. 2016, n.47, e164717.

Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2012;88:335-341

Chang LW, Serwadda D, Quinn TC, Wawer MJ, Gray RH, Reynolds SJ. Combination implementation for HIV prevention: moving from clinical trial evidence to population-level effect. *Lancet*. 2013;13:65-76.

Cohen SE, Liu AY, Bernstein K, Phillip S. Preparing for pre-exposure prophylaxis: lessons learned from post-exposure prophylaxis. *Am J Prev Med*. 2013;44(2):S80-5.

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med*. 2011;365:493-505.

Corneli AL, Mckenna K, Headley J, Ahmed K, Odhiambo J, Skhosana J, et al. A descriptive analysis of perceptions of HIV risk and worry about acquiring HIV among FEM-PrEP participants who seroconverted in Bondo, Kenya, and Pretoria, South Africa. *Journal of the International AIDS Society*; 2014;17(2).

Correa S. “Política do gênero”: um comentário genealógico. *Cadernos Pagu*. 2018;53: e185301.

Correa S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. IN: *Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira a epidemia de HIV e Aids em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA; 2016a.

Correa S. PAISM: uma história sem fim. *Rev. Bras. Estudos Pop*. 1993;10 (1/2).

Correa S, Petchesky R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 1996;6(1/2):147-177.

Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989 (1) (8).

Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 48(3):428-437.

Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Dourado I. Risk Factors Associated With HIV Prevalence Among Female Sex Workers in 10 Brazilian Cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57:S144–S152.

Deslandes S. *Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios* [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

Diniz NMF, Almeida LCG; Ribeiro BCS, MacêdoVG. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV1. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(1):7-12.

Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública* 2006;40(supl):09-17.

Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da Adesão à Quimioprofilaxia Anti-retroviral para a Infecção por HIV em Mulheres Sexualmente Vitimadas. *Rev Bras Ginecol Obste* 1999; 21(9):539-44

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(Suppl.):303-312.

Facchini R, Sívori H. “Conservadorismo, direitos, moralidades e violência: situando um conjunto de reflexões a partir da Antropologia”. *Cadernos Pagu* (50). 2017: e175000.

Farhat D, Greene E, Paige MQ, Koblin BA, Frye V. Knowledge, Stereotyped Beliefs and Attitudes Around HIV Chemoprophylaxis in Two High HIV Prevalence Neighborhoods in New York City. *AIDS Behav*. 2016; 21(5):1247-1255.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas *Cad. Saúde Pública* 2008;24(1):17-27.

Ferraz DAS. *Avaliação da implantação de ações e prevenção das DST/AIDS numa Unidade de saúde da família*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

Ferraz DAS. *Relatório Final de Estágio do Programa de Cooperação Técnica Brasil-França*. Relatório de estágio apresentado ao Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde. Paris, 2018.

Ferraz D, Grangeiro A. Mulheres brasileiras: sexualidade e prevenção da aids. IN: Venturi G, Godinho T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Ed. Sesc e Fundação Perseu Abramo; 2013.

Ferraz D, Paiva V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18 (1): 43-62.

Ferreira J, Fleischer S. Apresentação. IN: Ferreira J, Fleischer S (orgs). *Etnografias em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Garamond;2014.

Ferreira MP, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl 1):65-71.

Filgueiras SL. *HIV/AIDS e profilaxia pós-exposição sexual: estudo de caso de uma estratégia de saúde*. [Dissertação de Mestrado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015.

Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 3): S333-S343.

Ford N, Irvine C, Shubberb Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis; *AIDS* 2014, 28:2721–2727

- Gagnon JH. Os roteiros e a coordenação da conduta sexual. IN: Gagnon J.H. *Uma interpretação do desejo. Ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 111-149.
- Gallo MF, Kilbourne-Brook M, Coffey PS. A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *Sex Health*. 2012;9(1):18-26.
- Galvão J. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. São Paulo: Editora 34; Rio de Janeiro: ABIA; 2000.
- Galvão L, Moreira M. O Mistério do Planeta. IN: *Novos Baianos. Acabou chorare*. Rio de Janeiro: Som Livre, 1972.
- Geary CW, Bukusi EA. Women and ARV-based HIV prevention: challenges and opportunities. *Journal of the International AIDS Society*. 2014,17(2):19356.
- Goffman E. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978;
- Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
- Goparaju L, Praschan NC, Warren-Jeanpiere L, Experton LS, Young MA, Kas-Saye S. Stigma, partners, providers and costs: potential barriers to prep uptake among US women. *J AIDS Clin Res* 2017; 8:730.
- Grangeiro A. *O uso da profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) por pessoas com alta exposição e vulnerabilidade ao HIV no contexto dos serviços de saúde brasileiros: Projeto Combina – Fase 2*. Relatório Técnico: período de dezembro/2017 a maio de 2018. São Paulo, 2018.
- Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface*. 2015;19(52):5-8.
- Grangeiro A, Couto MT, Peres MFT, Luiz O, Zucchi EM, Castilho EA, et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the of combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ Open*. 2015;5:p.e009021.
- Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(1):43-62.
- Grant R, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med*. 2010; p.2587-2599.

Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Velasque L, Moreira RI, Garcia AC, et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV*. 2017;3018(17):30015-2.

Gruskin S, Tarantola d. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. IN: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012. 71-94.

Heilborn ML. Gênero e Hierarquia. A costela de Adão revisitada. *Revista de Estudos Feministas*. 1993;11(1):50-82.

Heilborn ML. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. IN: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth D. *O aprendizado da sexualidade*. Rio de Janeiro: FioCruz/Garamond; 2006.

Heuker JA, Sonder GJ, Stolte I, Geskus R, High HIV incidence among MSM prescribed postexposure prophylaxis, 2000–2009: indications for ongoing sexual risk behavior. *AIDS*. 2012;26:505–12.

hooks bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2015;16:pp. 193-210.

Idele P, Gillespie A, Porth T, Suzuki C, Mahy M, Kasedde S, et al. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2014;66(Suppl. 2):S144–S153.

Izulla P, McKinnon LR, Munyao J, Karanja S, Koima W, Parmeres J, et al. HIV Postexposure Prophylaxis in an Urban Population of Female Sex Workers in Nairobi, Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62(2):220:225.

Jones A, Cremin I, Abdullah F, Idoko J, Cherutich P, Kilonzo N, et al. Transformation of HIV from pandemic to low-endemic levels: a public health approach to combination prevention. *Lancet*. 2014;384(9939):272-27.

Keller J, Ryan ME. Introduction: Mapping Emergent Feminisms. IN: Keller J, Ryan ME. *Emergent feminisms: complicating a postfeminist media culture*. New York, NY: Routledge; 2018. 1-22.

Krakower DS, Sachin J, Mayer KH. Antiretrovirals for Primary HIV Prevention: the Current Status of Pre- and Post-exposure Prophylaxis. *Curr HIV/AIDS*. 2015; 12(1): 127–138.

Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota, R, Veras MA, Dourado I et al. “HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling”. *Medicine*. 2018;97(1): S9–S15.

Kippax S, Stephenson N. Beyond the Distinction Between Biomedical and Social Dimensions of HIV Prevention Through the Lens of a Social Public Health. *Am J Public Health*. 2012; 102(5):789-799.

Kippax S, Race K. Sustaining safe practice: twenty years on. *Soc Sci Med*. 2003;57:1-12.

Koblin BA, Usher D, Nandi V, Tieu H, Bravo E, Lucy D, et al. Post-exposure Prophylaxis Awareness, Knowledge, Access and Use Among Three Populations in New York City, 2016–17. *AIDS and Behavior*. 2018;22(8):2718-2732.

Körner H, Hendry O, Kippax, S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. *AIDS Care*. 2006;18(8): 879-87.

Laqueur T. The Rise of Sex in the Eighteenth Century: Historical Context and Historiographical Implications. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 2012;37(4): 802-812.

Le Bail H, Giametta C. What do sex workers think about the French prostitution act? Research Report. 2017. Disponível em: http://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/files/EN_synthesis_SW_final_2.pdf . Acessado em 04/08/2018.

Locke A, Lawthom R, Lyons A. Social media platforms as complex and contradictory spaces for feminisms: Visibility, opportunity, power, resistance and activism. *Feminism & Psychology* 2018; 28(1):3–10.

Lunding S, Katzenstein TL, Kronborg G, Lindberg JA, Jensen J, Nielsen HI, et al. The Danish PEP Registry: Experience With the Use of Postexposure Prophylaxis (PEP) Following Sexual Exposure to HIV From 1998 to 2006. *Sexually Transmitted Diseases*. 2010;37(1):49-52.

Magazi B, Stadler J, Delany-Moretlwe S, Montgomery E, Mathebula F, Hartmann M, et al. Influences on visit retention in clinical trials: Insights from qualitative research during the VOICE trial in Johannesburg, South Africa. *BMC Women's Health* 2014, 14:88.

Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011;14(1), 136-146.

Mann JM, Tarantola D, Netter TW. *A AIDS no mundo*. Coleção História social da AIDS. ABIA: Rio de Janeiro; 1993.

Mao L, Crawford JM, Hospers HJ, Prestage GP, Grulich AE, Kaldor JM, et al. "Serosorting" in casual anal sex of HIV-negative gay men is noteworthy and is increasing in Sydney, Australia. *AIDS* 2006; 20(8):1204-6.

Marazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodini N, Nair G, et al. Tenofovir-based pre-exposure prophylaxis for HIV infection among African women 2015. *N Engl J Med* 2015; 372:509-518

Martin J, Roland M, Neilands T, Krone M, Bamberger J, Kohn R, et al. Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behavior. *AIDS* 2004; 18(5): 787-92

McConnel JJ, Bragg L, Shiboski S, Grant R. Sexual seroadaptation: lessons for prevention and sex research from a cohort of HIV-positive men who have sex with men. *PLoS One* 2010; 5(1): e8831.

McKinnon LR, Liebenberg LJ, Yende-Zuma N, Archary D, Ngcapu S, Sivo A, et al. Genital inflammation undermines the effect of tenofovir gel in preventing HIV acquisition in women. *Nature Medicine Advance Online Publication*; February 2018.

Microbicide Trials Network. *Understanding the results of VOICE. Fact Sheet – results*. Disponível em <http://www.mtstopshiv.org/node/2003>. Acesso em 24 de novembro de 2013.

Minamiguchi MM. *Monoparentalidade feminina no Brasil: dinâmica das trajetórias familiares*. [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Estadual Minas Gerais, 2017.

Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(3): 621-626.

Minayo MCS. Foundations, Mishaps and Dissemination of Qualitative Approaches. IN: Costa AP, Reis LP, Souza FN, Moreira A (eds.). *Computer Supported Qualitative Research: Second International Symposium on Qualitative Research (ISQR 2017)*. Springer International Publishing; 2017;55-70

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 8ª edição. Hucitec: São Paulo; 2004.

Miskolci R, Campana M. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Sociedade e Estado*. 2017;32(3),725-748.

Mohanty, CT. Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses. *Feminist Review*, 1988;30:61-88.

Molina JM, Ghosn J, Béniguel L, Rojas-Castro D, Algarte-Genin M, Pialoux G, et al. Incidence of HIV-infection in the ANRS Prevenir study in Paris region with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC. IN: 22nd International AIDS Conference Abstract Book; July 22-27, 2018, Amsterdã, Holanda. Abstract Number: WEAE0406LB: 1081.

Moore H. Understanding Sex and gender. IN: Ingold T (Ed.). *Companion Encyclopedia of Anthropology*. London: Routledge; 1997: 813-830.

Murray LR, Kerrigan D, Paiva VSF. Rites of Resistance: Sex Workers’ Fight to Maintain Rights and Pleasure in the Centre of the Response to HIV in Brazil, *Global Public Health* 2018, DOI: 10.1080/17441692.2018.1510020

Nascimento AC. A primavera feminista. Vozes de luta da emancipação feminina no Brasil e Uruguai. *Revista Estudos Feministas*. 2018;26(2):e57191.

Nascimento MMP. Uso da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV entre mulheres. [Dissertação de Mestrado]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2016.

Nel A, Van Niekerk N, Van Baelen B, Rosenberg Z. HIV incidence and adherence in DREAM: an open-label trial of Dapivirine vaginal ring. IN: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI);2018; Boston, 2018; Abstract Number: 144LB.

NEPO, ABIA, UNFPA. Avaliação da oferta do preservativo feminino no Brasil. In: NEPO, ABIA, UNFPA. *Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira*. Brasília : UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas; 2011.

Nicholson L. Interpretando o Gênero. *Revista de Estudos Feministas*. 2000;8.2:11-26.

Nielsen-Saines K, Watts DH, Veloso VG, Bryson Y, Joao, EC, Pilotto JH; et al; NICHD HPTN 040/PACTG 1043 Protocol Team. Three postpartum antiretroviral regimens to prevent intrapartum HIV infection. *N Engl J Med*. 2012;366(25): 2368–2379.

Oldenburg CE, Barnighausen T, Harling G; Mimiaga MJ, Mayer KH. Adherence to Post-Exposure Prophylaxis for Non-forcible Sexual Exposure to HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Behav*. 2013;18(2):217–225.

Oldenburg CE, Perez-Brumer AG, Hatzenbuehler ML, Krakower D, Novak DS, Mimiaga MJ, et al. State-level structural sexual stigma and HIV prevention in a national online sample of HIV-uninfected men who have sex with men in the United States *AIDS*. 2015;24;29(7):837–845.

Osis MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Públ*.1998. 14 (1):25-32.

Paiva V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicol. estud*. 2008;13(4): 641-651.

Paiva V. Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. IN: Cáceres C, Careaga G, Frasca T, Pecheny M.(orgs.) *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. FASPA/UPCH: Lima; 2006.

Paiva V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. IN: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Livro I*. Curitiba: Juruá; 2012. 71-94.

Paiva V. Cenas sexuais, roteiro de gênero e sujeito sexual. IN: Barbosa, Parker. *Sexualidades pelo Avesso. Direitos Identidade e Poder*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999:249-269.

- Paiva VSF. "Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas em Psicologia*. 201;21(3): 531-549.
- Paiva V, Aranha F, Bastos, FI. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(1):54-64.
- Parker R. Grassroots activism, civil society mobilization, and the politics of the global AIDS epidemic. *Brown Journal of World Affairs*. 2011;XVII(II):21-37.
- Parker R. Intersecções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. IN: Monteiro S, Villela W. *Estigma e Saúde*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro; 2013.
- Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e aids. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids: Rio de Janeiro; 2001.
- Pascom ARP, Szwarcwald CL. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(1):s27-s35.
- Pasini E. Limites simbólicos corporais na prostituição feminina. *Cadernos Pagu* 2000; 14: 181-200.
- Pinheiro TF. *Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/Aids* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015.
- Piscitelli A. Recriando a (categoria) mulher? IN: Algranti L. (Org.). *A prática feminista e o conceito de gênero*. *Textos Didáticos*, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp; 2002:7-42.
- Piscitelli A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e cultura*. 2008;11(2):263-274.
- Prati G, Zani B, Pietrantonio L, Scudiero D, Perone P, Cosmaro L, et al. PEP and TasP Awareness among Italian MSM, PLWHA, and High-Risk Heterosexuals and Demographic, Behavioral, and Social Correlates. *PLOS ONE*. 2016;11(6): e0157339
- Procópio EV, Feliciano CG, Silva KVP, Katz. CRT. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(6):1961-69.
- Rees H, Delany-Moretlwe SA, Lombard C, Baron D, Panchia R, Myer L, et al. FACTS 001 Phase III Trial of Pericoital Tenofovir 1% gel for HIV prevention in women. IN: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI);2015;Seattle, 2015; Abstract Number: 26LB
- Restar AJ, Tocco JU, Mantell JE, Lafort Y, Gichangi P, Masvawure TB. Perspectives on HIV pre- and postexposure prophylaxes (PrEP and PEP) among female and male sex workers in Mombasa, Kenya: implications for integrating biomedical prevention into sexual health services. *AIDS Education and Prevention*. 2017;29(2): 141–153.

Rey D, Bouhnik AD, Peretti-Watel, Ibitoye M, Cranston RC, Feboet I, et al. Awareness of non-occupational HIV post-exposure prophylaxis among French people living with HIV: the need for better targeting. *AIDS*. 2017;21(1):S71-S76.

Rocha S, Vieira A, Lyra J. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2013(11):119-141.

Rodger A, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Corbelli GM, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men. IN: 22nd International AIDS Conference Abstract Book; July 22-27, 2018, Amsterdã, Holanda. Abstract WEAX0104LB:1079.

Rubin G. *O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo*. Trad: Dabat C, da Rocha E, Correa S. SOS Corpo: Recife, 1993.

Rubin G. Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. IN: Vance C. (Ed.). *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality*; New York: Routledge & Kegan; 1984:267-319.

Said AP, Seidl EMF. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015;19(54):467-478.

Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saude soc*. 2016; 25(3):602-618.

Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(2):s321-s333.

São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. *Nota Informativa Nº 02/2017/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP. Assunto: Indetectável igual a Intransmissível*. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidssp/homepage/acesso-rapido/indetectavel-intransmissivel>. Acessado em 20/03/2018.

Scannell M, Kim T, Guthrie BJ. A Meta-Analysis of HIV Postexposure Prophylaxis Among Sexually Assaulted Patients in the United States. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*. 2018;29(1):60-69.

Schechter M, do Lago RF, Mendelsohn AB, Moreira R, Moulton LH, Harrison LH. Behavioral Impact, Acceptability, and HIV Incidence Among Homosexual Men With Access to Postexposure Chemoprophylaxis for HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2004;35(5):519-525.

Schraiber LB, D'Oliveira AF, França Junior I, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids*. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública* 2008;42(Supl 1):127-37

Scott JW. Gender: a useful category of historical analysis. *The American Historical Review*. 1986;91(5):1053-1075.

Seffner F, Parker R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface*. 2016; 20(57):293-304.

Simon W, Gagnon J. Sexual scripts. IN: Parker R, Aggleton P (ed). *Culture, society and sexuality: a reader*. London: UCL, 1999:. 31-40.

Sívori H, Giumbelli E, Rohden F, Carrara S. “Fundamentalismos”, sexualidade e direitos humanos: interrogando termos, expandindo horizontes. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 2017; 26:171-180.

Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, Todd JA, Herman SA, McSherry GD, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med*. 1996;335(22):1621–1629.

Sousa RMRB, Frota MMA, Castro C, Sousa FB, Kendall BC, Kerr LRFS. Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua”. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2017;25(4):423-428.

Sultan B, Benn P; Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis *HIV/AIDS—Research and Palliative Care* 2014;6:147–158.

Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Damacena GN, Barbosa Junior A, Kendall C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57(3): S129-35.

The INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N engl j med*. 2015;373(9):795-807.

The Washington D.C. Declaration. Turning the tide together: a declaration to end the AIDS epidemic. Disponível em <http://www.2endaids.org/read.html>. Acesso em 06/12/2013.

Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 2012; 367(5):423-34

Thomas R, Galanakis C, Vézina S, Longpré D, Boissonnault M, Huchet E, et al. Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Incidence of HIV Seroconversion in a Major North American Cohort. *PLOS ONE*. 2015;10(11): e0142534.

Tissot F, Erard V, Dang T, Cavassini M. Nonoccupational post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis. *HIV Med* 2010,11(9):584-92.

Underhill K. Study designs for identifying risk compensation behavior among users of biomedical HIV prevention technologies: balancing methodological rigor and research ethics. *Soc Sci Med* 2013;94:115-23

UNAIDS. *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper*. Geneva, 2007.

Van Der Straten A, Stadler J, Montgomery E, Hartmann M, Magazi B, Mathebula F, et al. Women's Experiences with Oral and Vaginal. Pre-Exposure Prophylaxis: The VOICE-C Qualitative Study in Johannesburg, South Africa. *PLOS One February*. 2014; 9(2):e89118.

Van Der Straten A, Stadler J, Luecke E, Laborde N, Hartmann M, Montgomery ET, on behalf of the VOICE-C Study Team. Perspectives on use of oral and vaginal antiretrovirals for HIV prevention: the VOICE-C qualitative study in Johannesburg, South Africa. *Journal of the International AIDS Society*. 2014;17(2):19146.

Vance C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 1955;5(1):7-32.

Veras MASM, Calazans GJ, Ribeiro MCAS, Oliveira CAF, Giovanetti MR, Facchini R, França IL, McFarland W, al. High HIV prevalence among men who have sex with men in a time-location sampling survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav*. 2015; 19(9):1589-98.

Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*. 2008;89 (5).

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV da et al . Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl 1):S85-S100.

Vijayakumar G, Mabude Z, Smit, J, et al. A review of female-condom effectiveness: Patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *International Journal of STD & AIDS*. 2006;17:652–659

Villela WV, Barbosa RM. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18(1):131-142.

Villela, W Sobre o preservativo feminino e os entraves para a sua disseminação no país. Algumas reflexões. *Boletim ABIA nº 60*. ABIA: Rio de Janeiro, 2015.

Viveros M, Rondón AR. Hacer y deshacer la ideología de género. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*. 2017;27:118-127.

Weeks J. O corpo e a sexualidade. IN: Louro GL(Org.). O corpo educado: pedagogias das sexualidades Belo Horizonte: Autêntica; 2000: 35-83.

World Health Organization. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. WHO: Geneva; 2015.

Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinheiro TF, Alencar T, Ferguson L, et al . Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(7):e00206617

Zucchi EM. *Teste anti-HIV na perspectiva dos jovens: obstáculos e desafios para os programas de prevenção* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, São Paulo; 2013.

9. Apêndices

Apêndice 1

Versão Ampliada e Destacável da Tabela 3: Caracterização das mulheres entrevistadas (página 1/2)

Nome Fictício	Idade	Cor autodefinida	Religião	Trabalho	Orientação Sexual	Filhos	Relacionamento Estável*	Cenário da Potencial Exposição	Sítio do Estudo
Virgínia	21	Parda	Católica praticante Evangélica não praticante	Estudante	Heterossexual	Não	Sim	Relação Sorodiferente	Fortaleza
Ângela	22	Negra	praticante	Caixa	Heterossexual	Não	Sim	Sexo Casual	Ribeirão Preto
Leila	23	Branca	S/I	Prof.do sexo e vendedora	Bissexual	Sim	Não	Trabalho Sexual	Ribeirão Preto
Karina	23	Branca	Kardecista	Estudante	Heterossexual	Não	Não	Sexo Casual	Curitiba
Patrícia	25	S/I	Católica praticante	Garota de programa Estudante e garota de programa	Heterossexual	Sim	Não	Trabalho Sexual	Curitiba
Simone	27	Não definiu	Várias	Profissional do Sexo	Heterossexual	Sim	Não	Trabalho Sexual	São Paulo
Joana	27	Preta e indígena	Católica não praticante Evangélica praticante	Enfermeira	Heterossexual	Não	Sim	Trabalho Sexual	São Paulo
Flora	32	Branca	Católica não praticante	Garota de programa	Heterossexual	Não	Sim	Relação Sorodiferente	São Paulo
Judith	32	Branca	Católica não praticante	Garota de programa	Heterossexual	Não	Sim	Trabalho Sexual	São Paulo

Versão Ampliada e Destacável da Tabela 3: Caracterização das mulheres entrevistadas (página2/2)

Nome Fictício	Idade	Cor autodefinida	Religião	Trabalho	Orientação Sexual	Filhos	Relacionamento Estável*	Cenário da Potencial Exposição	Sítio do Estudo
Eleonora	38	Parda	Católica praticante	Professora	Heterossexual	Sim	Não	Relação Sorodiferente	Curitiba
Rosa	39	Branca	Não	Garota de programa	Heterossexual	Sim	Sim	Trabalho Sexual	São Paulo
Bethânia	41	Branca	Evangélica praticante	Atendente de loja	Heterossexual	Sim	Sim	Relação Sorodiferente	Ribeirão Preto
Manuela	42	Amarela	Várias	Cabeleireira autônoma	Heterossexual	Sim	Sim	Relação Sorodiferente	Porto Alegre
Regina	46	Branca	Católica praticante	Diarista	Heterossexual	Sim	Sim	Relação Sorodiferente	Curitiba
Adriane	46	S/I	Várias	Profissional de Saúde	Heterossexual		Não	Relação Sorodiferente	Fortaleza
Bertha	47	Branca	Zen Budista praticante	Depiladora autônoma	Heterossexual	Sim	Não	Sexo Casual	Ribeirão Preto
Beatriz	S/I	S/I	S/I	Vendedora de móveis	Heterossexual	Sim	Sim	Relação Sorodiferente	São Paulo

* Considerada a situação informada referente à época em que a potencial exposição aconteceu

**S/I = sem informação